

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 145

L'OPOTHÉRAPIE ORCHITIQUE

CHEZ LA FEMME

ÉTUDE HISTORIQUE, CLINIQUE, EXPÉRIMENTALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Juillet 1932

PAR

Jean-François-Marie AUDIT

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 13 août 1907.

Examineurs de la Thèse

MM. SABRAZÈS, professeur.....	Président.
BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
CHARRIER, agrégé.....	
JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 145

L'OPOTHÉRAPIE ORCHITIQUE

CHEZ LA FEMME

ÉTUDE HISTORIQUE, CLINIQUE, EXPÉRIMENTALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Juillet 1932

PAR

Jean-François-Marie AUDIT

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 13 août 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. SABRAZÈS, professeur.....	{	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....		Juges.
		CHARRIER, agrégé.....		
		JOULIA, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERIENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

Dont la vie restera pour moi un noble
exemple d'énergie, de modestie et de
dévouement, je dédie ce travail en affec-
tueux témoignage de ma vénération.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES SEDILLOT

A TOUS CEUX QUE J'AIME ET QUI M'AIMENT

A MES CAMARADES DES HOPITAUX

A MES MAITRES DES HOPITAUX

STAGE (1926-1927).

MONSIEUR LE DOCTEUR RABERE;
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLES.

EXTERNAT (1927-1932).

MONSIEUR LE DOCTEUR DEBEDAT;
MONSIEUR LE DOCTEUR RABERE;
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARRIER;
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT;
MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHELEAU;
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLES;
MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE;
MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURIAC;
MONSIEUR LE DOCTEUR PERY.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Dont je resterai à jamais l'élève dévoué; en souvenir de l'accueil bienveillant qu'il m'a toujours réservé et de la paternelle amitié dont il m'honore.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MAURIAC

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Avec l'expression de mon respect admiratif pour son esprit indépendant, sa critique rigoureuse et son enseignement clair, vivant et original.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

Qu'il trouve ici l'assurance de mon affectueux attachement et mes remerciements pour l'intérêt qu'il a porté à ce travail.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SABRAZES

*Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Professeur d'Anatomie pathologique et de Microscopie clinique
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Médecin-chef du Service des Contagieux à l'Hôpital d'isolement,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Dont l'esprit toujours épris de curiosité scientifique m'a prêté l'appui de sa haute compétence, je veux dédier spécialement cette thèse pour la reconnaissance que je lui dois d'avoir bien voulu accepter cette mission, m'ayant fait ainsi un très grand honneur.

L'OPOTHÉRAPIE ORCHITIQUE

CHEZ LA FEMME

ÉTUDE HISTORIQUE, CLINIQUE, EXPÉRIMENTALE

AVANT-PROPOS

L'étude de la sexualité, faite de façon scientifique, soulève les plus intéressants problèmes de la biologie.

Le médecin cultivé, qu'il soit praticien général ou spécialisé, ne peut pas se désintéresser de ces questions attachantes, troublantes au plus haut chef, dont l'étude lui apporte souvent la lumière indispensable à la conduite d'un traitement.

La psycho-neurologie, la physiologie, la physico-chimie et surtout l'endocrinologie, toutes ces sciences qui portent en elles l'avenir de la médecine, donnent à l'étude de la sexualité et en reçoivent les aliments les plus substantiels.

C'est à un de ces problèmes d'endocrinologie que nous nous sommes intéressé depuis longtemps et la conviction vague et ébauchée que nous avions de la possibilité d'une médication hétéro-sexuelle s'est affermie de jour en jour.

Les plus grands noms de la biologie se sont attachés à son étude; une littérature abondante, surtout étrangère, est née de cette médication, mais nous n'avons pu retrouver aucune

revue générale récente sur ce que l'on pouvait attendre d'une thérapeutique à base d'extraits mâles chez la femme.

Encouragé par M. le Professeur Sabrazès auquel nous témoignons toute notre reconnaissance, nous avons essayé de faire une mise au point de cette question d'après les dernières acquisitions scientifiques, mise au point certainement provisoire : les données expérimentales sur lesquelles elle repose étant encore bien fragiles. Mais, quelle théorie peut se vanter d'être définitive !

Nous n'oublierons pas tous ceux qui ont facilité notre tâche et nous tenons à remercier ceux qui ont bien voulu nous communiquer leurs observations, principalement M. le Professeur agrégé Jeanneney, chirurgien des hôpitaux; M. le Docteur Courbin, médecin des hôpitaux, et M. le Docteur Jean Villar, chirurgien des hôpitaux. . .

Enfin nos remerciements iront aussi aux laboratoires Astier, Choay, Ciba, Cortial, Dausse et Iscovesco qui nous ont aidé dans nos recherches.

INTRODUCTION

Les résultats souvent inconstants obtenus par l'opothérapie ovarienne sous ses diverses formes ont amené divers auteurs à expérimenter chez la femme une opothérapie autre que celle de l'ovaire. Gley, en particulier, sur l'application de l'*opothérapie testiculaire*, conclut : « Alors que l'extrait ou la greffe de l'ovaire chez l'homme donne de médiocres et parfois de mauvais résultats, l'extrait orchitique se montre très actif chez la femme. »

Mais comme nous le verrons, cette opothérapie risquait fort de troubler certaines conceptions. En outre, une telle pratique appelait facilement la raillerie, et une longue série de plaisanteries faciles à deviner faillit faire sombrer dans le ridicule ce qui était en réalité une importante découverte. Enfin, elle répugnait à l'idéal que beaucoup de femmes se font de leur propre nature : les expérimentateurs furent donc amenés à administrer les extraits orchitiques sous une forme dissimulée.

Quels résultats ont-ils obtenus ?

Pour certains, l'opothérapie *hétéro-sexuelle* n'aurait jamais donné de résultats bien probants ; pour d'autres, au contraire, ils seraient fort intéressants.

Ces derniers auteurs se sont basés sur l'hypothèse suivante :

L'organisme féminin ne peut se suffire à lui-même ; il a besoin, pour garder son intégrité fonctionnelle, d'un apport masculin. En d'autres termes, la sécrétion interne de l'ovaire n'est point physiologiquement suffisante à elle seule pour assurer à la femme adulte son plein équilibre organique. Elle ne le réaliserait pleinement que par une hormone du sexe opposé

qui lui apporterait un complément toujours utile et parfois nécessaire, d'où le nom d'*opothérapie complémentaire* donné à l'opothérapie spermatogénétique employée chez la femme.

Pouvons-nous croire aussi que la réciproque soit vraie, et que, dans certains cas, il y ait utilité chez l'homme à administrer les extraits ovariens ? Pourrait-on espérer trouver ainsi la médication opportune à certains débordements qui affligent parfois les mères ou les épouses ?... Ne nous berçons pas de cet espoir et de cette illusion. S'il est normal que la femme soit complétée physiologiquement par l'homme, la réciproque ne l'est pas (Malherbe).

D'ailleurs, l'emploi chez l'homme des extraits ovariens n'a pas semblé donner de résultats concluants. Nous verrons que les conceptions récentes sur les hormones sexuelles tendent à le démontrer (1).

Qu'il nous suffise de savoir pour l'instant que l'on reconnaît à l'opothérapie plusieurs modes d'action :

- 1° une action substitutrice (extrait ovarien après ovariectomie);
- 2° une action hormo-stimulatrice (excitation par un extrait glandulaire d'une glande homologue insuffisante);
- 3° une action symptomatique banale (action pharmacodynamique propre à tout médicament);
- 4° enfin, peut-être une action psychique.

C'est ainsi que nous voudrions par avance répondre à l'objection que l'on oppose le plus couramment à l'action des extraits orchitiques : « Il s'agit d'un effet psychique ! »

« Soit, répond Kramarz, mais le psychisme peut lui aussi agir sur les endocrines, comme les sécrétions endocrines assu-

(1) Par administration d'Agomensine, Blum a cependant prétendu modérer chez l'homme des impulsions génitales exagérées. D'autres auteurs se sont montrés satisfaits de l'emploi d'extraits ovariens dans la neurasthénie masculine, la tuberculose pulmonaire (Jacquelin). Certains physiologistes expérimentant *in anima veli* ont pu freiner des manifestations d'hypersexualité (par exemple chez le chien qui est souvent sujet, comme l'on sait, à des crises satyriasiques).

rent la personnalité morale. Abderhalden n'a-t-il pas soutenu que les troubles des sécrétions endocriniennes et tout particulièrement des sécrétions des glandes sexuelles étaient à la base de la démence précoce ? » Et Drouin ajoute : « N'est-il pas troublant de penser que certains extraits d'organes soient susceptibles d'effets non seulement psychiques, mais encore, mais surtout psychologiques ? Dans l'attente de tests pour caractériser et doser ces actions que l'on découvrira sans doute un jour, nous n'hésitons pas à placer un premier rang de ces « médicaments psychologiques » les extraits génitaux mâles employés chez la femme.

» C'est un truisme de dire que la femme plus que l'homme est placée sous la dépendance de son système nerveux, lequel en définitive est asservi à son système génital. Chez cet être pour lequel tout est remis en question à chaque mois lunaire, le bon ou le mauvais fonctionnement sexuel commande non seulement l'état physique mais aussi l'état mental et partant moral. Sa sexualité est-elle normale ou, au contraire, est-elle insatisfaite ou déviée ; dans l'un comme dans l'autre cas, c'est toute sa conception de la vie qui en dépend. c'est, pour employer un bien grand mot, toute sa philosophie qui est en jeu...

» Allons aux extrêmes. Les femmes qui en quelque façon illustrèrent leur sexe, n'est-ce pas en grande partie à la dominance de leur sexualité qu'elles le durent ? L'œuvre énorme d'une George Sand, ses convictions politiques et philosophiques successives, ne sont-elles point l'expression de sa sexualité débordante, et parfois le refuge où cette grande insatisfaite cherchait un rôle et un but à sa destinée d'amoureuse ? Et l'on peut tenir pour assuré que si Mme de Sévigné et Mme de Lafayette avaient été nanties de vrais et solides maris, faisant leur profit d'un tonus neuro-génital qui, pour la joie de nos bibliothèques, s'est dérivé dans les lettres, la littérature française ne pourrait s'enorgueillir de la *Princesse de Clèves* et de la *Correspondance*. Il n'y a là nul paradoxe. Tout au plus, l'expression un peu poussée d'une vérité première.

» L'humanité ne joue pas avec les lois éternelles et celles-ci ne se laissent point tourner. Ce n'est jamais impunément que la femme sort de son rôle d'amante, d'épouse ou de mère; pour quelques cas — rares — où le patrimoine de la civilisation s'en trouve enrichi, dans combien d'autres ne paie-t-elle pas ses erreurs en stériles névroses ? S'il est impuissant contre les premières, le clinicien peut du moins, par un traitement adéquat, pallier leurs désastres. »

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

« La méthode empirique est le vestibule obligé de la science... Elle doit toujours rester debout et servir de contrôle et comme de contrepoids aux spéculations scientifiques. »

(CHARCOT.)

Les chroniques homériques nous apprennent que Chiron le Centaure, précepteur d'Achille, fortifiait son élève en le nourrissant de moelle de lion : n'était-ce pas le plus lointain essai de médication organique ?

Dioscoride (un siècle après J.-C.) cite la médication orchitique avec les mêmes propriétés que Brown-Sequard.

Pline, dans son *Traité d'histoire naturelle*, parle de la médication organique comme couramment employée par le peuple de son temps.

Au moyen âge, on la retrouve appliquée au traitement d'un nombre incalculable de maladies; elle occupe une place honorable dans la thérapeutique à côté de ces étranges remèdes dont le nom nous fait rire aujourd'hui. Avec l'Ecole de Paris, Albert le Grand, dans *Les admirables secrets de la médecine*, déclare : « Si un homme est peu puissant, il faut lui faire manger des testicules de porcs séchés et réduits en poudre, puis mis dans du vin. Il se trouvera dès lors capable et propre à la génération. Pour faire concevoir une femme, il faut lui faire prendre de la matrice ou des testicules de lièvre séchés ou pulvérisés dans du vin. » Cela en vertu du principe couramment admis à cette époque que « toute propriété se communique autant qu'elle peut ».

D'après le professeur Ferré (de Bordeaux), il a été très difficile au XVIII^e siècle de se procurer des testicules de taureaux aux abattoirs de cette ville, tant ils étaient recherchés par les Espagnols trimardeurs qui les mangeaient presque crus pour se donner de la vigueur et qu'ils utilisaient comme excitant vénérien. A ce propos, nous avons retrouvé mentionné l'emploi des extraits de glandes génitales dans un dictionnaire botanique et pharmaceutique du XVIII^e siècle (Paris, Didot, MDCCCL, article « Boûc »).

Plusieurs explorateurs ont rapporté qu'il est courant dans certaines peuplades que les vainqueurs s'emparent des parties génitales de leurs victimes pour les manger. Cette pratique existe dans certaines tribus africaines et un proverbe saharien déclare que : « Celui qui mange du rognon blanc est en érection toute la nuit. »

M. le docteur Bouffard (*Archives de médecine coloniale*), sous le titre : *Opothérapie en Chine*, et le docteur Jules Régnauld : *Médecine et pharmacie chez les Chinois et les Annamites*, montrent que l'opothérapie est depuis longtemps connue chez les Chinois : « Le sperme est un puissant tonique qui entre dans la composition de pilules très employées en Chine dans différentes maladies : la chlorose, la convalescence de maladies graves, etc. Nous avons constaté à la suite d'une petite enquête que certains pharmaciens louaient des jeunes gens de 20 à 25 ans qu'ils payaient très cher et qui devaient fournir le produit de leurs sécrétions testiculaires. Ce sperme est desséché, puis mis sous forme de pilules et vendu au public... Pour rendre rapidement sa force virile à un homme qui l'a perdue, on lui donne un médicament constitué par des testicules broyés, mélangés à de l'arack (eau-de-vie de riz). Les testicules les plus recherchés pour cet usage sont ceux du tigre. Ils auraient, paraît-il, une vertu toute particulière. »

Il y a une trentaine d'années, un fait extrêmement remarquable a été communiqué par M. Gley qui montra la puissance dynamogénique du sperme humain éjaculé : « Un jeune médecin de Paris injecta, avec un succès très rapide et com-

plet, de son propre sperme sous la peau de sa femme. Celle-ci était au lit dans un état d'extrême faiblesse causé par une hémorragie. La vigueur lui est revenue très rapidement. A quatre reprises, la même faiblesse due à la même cause a cédé à l'action dynamogénique du sperme injecté sous la peau. »

Enfin, on connaît les expériences de Brown-Sequard, qui, le 1^{er} juin 1889, décrivit devant la Société de biologie les merveilleux résultats qu'il avait obtenus sur lui-même avec des injections sous-cutanées d'extrait glyceriné de testicule de bélier. Cette communication eut un grand retentissement en France et à l'étranger. La méthode opothérapique était découverte.

Mais l'opothérapie orchitique, après avoir fait naître à la suite des publications de Brown-Sequard des espoirs exagérés, tomba dans un discrédit peut-être lui-même excessif. L'efficacité de cette opothérapie resta très discutée, son appréciation étant rendue difficile par l'intervention d'un facteur psychique à laquelle, suivant certains, le promoteur de la méthode n'aurait pas lui-même échappé.

Mais alors que les observations cliniques se montraient d'interprétation malaisée, par contre l'étude des modifications du rendement du système neuro-musculaire permit d'évaluer l'action « tonique, eutrophique et dynamogénique des extraits orchitiques », action qui n'est plus contestée par personne.

Ainsi, bien que les produits de sécrétion des glandes génitales mâles et les glandes génitales elles-mêmes fussent employés autrefois pour ranimer l'activité génitale et pour « exciter les mois » des femmes, le premier essai sérieux d'expérimentation des extraits orchitiques chez la femme n'a été fait par le Docteur Girod (d'Almenêches, Orne) qu'en 1900.

Frappé de ce fait que beaucoup de troubles des jeunes filles, et principalement la chlorose, disparaissaient par le mariage, il se demanda si l'opothérapie n'arriverait pas à le remplacer. Il entreprit des expériences dans ce sens et il injecta du suc orchitique à des chlorotiques. Les résultats qu'il obtint furent suffisamment heureux pour le récompenser de ses essais.

Dufougeré, en 1901, poursuit des recherches identiques dont nous retrouverons tout à l'heure les résultats.

Plus près de nous, Molinéry (*Avenir médical*, de Lyon, 1916) utilisa de nouveau l'opothérapie hétéro-sexuelle chez la femme.

Enfin, cette médication a surtout été utilisée en Angleterre et en Allemagne où les travaux qu'elle a suscités ont fait naître une littérature abondante ⁽¹⁾.

Le progrès ne serait-il « qu'un serpent qui se mord la queue » ou qu'un cercle sans cesse recommencé selon le mot d'Aristote ?

Il y a peu d'années, alors que Brown-Sequard n'avait pas encore obtenu de l'opothérapie son droit d'entrée dans la science officielle, l'action aphrodisiaque attribuée aux testicules d'animaux par les sorciers des campagnes n'était-elle pas considérée comme impossible et stupide ?

« Ne nous hâtons donc pas de jeter l'anathème, ainsi que disait Cabanès, sur tous les médicaments ou médications qui nous viennent en ligne directe de la tradition populaire : la science en a déjà réhabilité bon nombre; son œuvre de réparation est loin d'être terminée. Etudions au contraire sans cesse les produits dont une expérience de plusieurs siècles a consacré l'efficacité, quelque singuliers qu'ils nous paraissent de prime abord. »

(1) Toutes les expériences n'ont d'ailleurs pas porté sur les extraits orchitiques.

Par exemple, pour Arbuthnot-Lane (*Lancet*, 9 nov. 1918), le liquide prostatique combattrait chez la femme la stase intestinale et ses effets. La mastite chronique, le sein dur, granuleux, non velouté, qui est la conséquence de la stase, disparaîtraient par les extraits de prostate.

CHAPITRE II

LE MARIAGE EN THERAPEUTIQUE

« ... Equidem virginibus suadeo ut citissime cum viris conjungantur; si enim conceperint, sanae evadunt. »

{HIPPOCRATE.}

I. — Carence sexuelle.

La destinée normale de la femme étant dans l'amour d'abord, la maternité ensuite, tout obstacle s'opposant à cette fin naturelle constitue une carence.

Toutes les fonctions importantes de l'économie sont placées sous la dépendance d'un besoin impérieux, se renouvelant sans cesse et procurant des sensations spéciales à chacune d'elles. L'appétit sexuel suit la règle commune, et c'est par le plaisir attaché à sa satisfaction que la nature a voulu assurer la conservation de l'espèce.

Les causes qui peuvent solliciter l'appétit sexuel sont physiologiques et psychiques. Les causes de la carence sexuelle pourront donc être ou physiologiques ou psychiques; ces dernières ne sont point négligeables, surtout chez la femme. Nous les laisserons cependant de côté, malgré leur intérêt considérable, nous étant seulement proposé de traiter ici des troubles par carence sexuelle physiologique.

Depuis Socrate, on retrouve l'opinion que la femme possède un organisme incomplet, éternellement condamné à chercher dans l'union avec l'homme son complément naturel. L'image biblique qui fait sortir Eve du corps d'Adam n'est-elle pas aussi l'expression d'une vérité vieille — c'est le cas de le dire — comme le monde ?

Le besoin de rapprochement sexuel étant un fait normal et physiologique à une certaine période de développement des êtres monosexués, il devient naturel que tout obstacle formel à ce rapprochement crée un état pathologique — il se traduit chez trop de jeunes filles ayant dépassé leur période de développement complet (23 ans environ) par cette « régression atrophique de tout leur être » dont parle Tardieu — résultante du défaut d'évolution de tout le système endocrinien commandé par un système sexuel insatisfait (Petit-Dutaillis).

Voici le tableau dépeint par Humbert de « celles qui, toujours filles, sont marquées de la déchéance qu'entraîne l'inutilisation de leur féminité » — la cohorte de celles

Qui coucheront un soir, vierges dans leur tombeau !

La vieille fille présente au point de vue de son psychisme comme de sa morphologie, de son allure et de son facies, un certain nombre de particularités qui sont l'expression des réactions profondes du célibat sur l'organisme féminin.

Mme Gérard d'Houville nous le confie expressément : La malheureuse qui entame sa troisième décade sans la moindre aventure a, irrévocablement, laissé s'enfuir son « temps d'aimer ». Et Casanova, avec un peu de malice grivoise, a prononcé la même sentence.

La psychologie de la vieille fille n'a pas échappé aux romanciers, ces fins observateurs de nos humaines faiblesses, et plus d'un a pris à tâche de la décrire avec beaucoup de sagacité dans quelques-unes de ses œuvres : tels Balzac, Zola, Maupassant, Mirbeau, Pouvillon.

Voici ses caractères : un visage à peine féminin, aux lèvres minces, à la peau sèche et au teint terreux précocement fané; une voix chevrotante, rauque ou glapissante; de l'atrophie musculaire et de la laxité du tissu cellulaire sous-cutané; une démarche raide, sans harmonie; des attitudes guindées. Son instinct d'amour dérivé de ses voies normales lui fait reporter son affectivité sur les animaux; elle devient une persécutée-persécutrice.

Dans le domaine psycho-sexuel, le caractère de la vieille fille

présente également un bizarre mélange de débilité et d'éréthisme avec tendances érotico-mystiques; il semble, comme l'avait noté Janet, que la tension psychologique s'exagère en même temps que fléchit la puissance. Ce phénomène ne leur est d'ailleurs point propre et s'observe autant, sinon davantage chez les femmes et les continentes qui font aussi facilement de l'obsession sexuelle.

La femme la plus chaste éprouve les conséquences de cette insatisfaction, parfois à son insu et sans en connaître la véritable cause. (Nous pensons que ceci est dû à ce que la femme, contrairement à l'homme, ressent tardivement l'impulsion sexuelle, souvent même alors que son manque de réalisation a déjà causé des troubles). Elle les éprouvera d'autant plus si elle a été mariée et si elle se rend compte alors de ce qui lui manque et de ce qu'elle a perdu : « Il est des fluxions génitales qui résultent de cet état avec tous leurs ennuis d'éréthisme, de sensibilité, de leucorrhée, de dysménorrhée, et de fatigue », déclare Dalché, et il ajoute : « Cet éréthisme est encore accentué par la projection d'une idée obsédante, car des troubles nerveux la compliquent parfois. Ce sont des irrégularités du caractère, une tendance à la tristesse, à l'ennui, à l'irascibilité. J'ai reçu les confidences les plus singulières; la femme finit par se considérer comme une déchue puisqu'elle n'est pas comme les autres femmes ». Et sans vouloir être freudiste à tout prix, on ne peut s'empêcher de penser que ces désirs refoulés par l'intermédiaire du subconscient, retentissent puissamment sur son psychisme. Les désordres créés par cet état freudien seront plus prononcés chez les natures nerveuses où le refoulement maintenu par la censure éducative se transforme aisément en épine névrosique. Chez ces malades, on retrouve une espèce de sensibilisation organique qui sert de substratum aux misères de l'esprit. Pour Petit-Dutaillis, « seules y échappent celles qui, en s'évadant de leur corps, dès leur vie terrestre, arrivent à la sublimation morale, au transfert de leur potentiel glandulaire dans l'esprit de charité sous toutes ses formes ». Le transfert de la *libido* insatisfaite peut s'opé-

rer dans maintes directions : c'est affaire à l'éducation, au milieu, aux circonstances, de l'orienter dans un sens moral ou immoral.

Aussi, pour atténuer ce tableau poussé bien au noir, nous dirons qu'il compte de nombreuses exceptions. Nous en connaissons tous. Chez celles-là, déclare Humbert, « le renoncement à l'amour s'est mué en tendre affection familiale ou en féconde activité altruiste ». Nous voyons tous les jours de ces admirables sœurs hospitalières qui, du dévouement incessant à leurs malades, ont fait le seul but de leur vie terrestre. Saluons très bas leur front pur, nimbé d'une auréole sainte. Pour réaliser ces créatures d'élite, il faut un sympathique exceptionnellement vibrant, qui supplée par la richesse de ses résonances au potentiel glandulaire. Il se produit chez elles à la faveur du déséquilibre physiologique initial, ce que Nietzsche aurait appelé « une transmutation des valeurs », qui n'est autre chose que le « transfert » et la « sublimation morale » de Freud. Ce phénomène de transfert affectif apparaît même comme une des conditions essentielles et nécessaires de l'accomplissement d'une vie religieuse (1).

Enfin, nous voudrions répondre par avance à ceux qui nient systématiquement les inconvénients de la carence sexuelle. Si ces inconvénients sont souvent méconnus, c'est qu'ils revêtent des formes innombrables. En effet, l'instinct sexuel est celui qui peut le moins s'épanouir; aussi, est-ce pour cette raison qu'on le retrouve sous tant de formes et avec une telle tension. Mais quoique tout instinct contraint crée un état pathologique, cet état n'apparaît pas toujours, car il date des origines de la civilisation et l'esprit intervient sur lui pour masquer ses effets. Une investigation est donc nécessaire pour découvrir son vieux fond morbide.

Nous verrons tout à l'heure que les divers troubles améliorés par le mariage sont légion; il faut donc bien leur reconnaître

(1) Une vie religieuse sans amour dépasserait tellement les forces humaines qu'il est sans exemple qu'elle ait pu être menée dans ces conditions durant un temps notable (*Le Cloître, Revue hebdomadaire*, 14 juin 1913).

une origine carentielle. Mais pour ne parler ici que du point de vue moral, nous pensons que chez les jeunes filles, certains états languissants, certains besoins étranges de caresses, de douceur, d'isolement, certain nervosisme et irritabilité insolites caractérisent ce manque de complément. Ce transfert affectif les porte aux rêveries, à la musique, aux poésies, aux symboles naïfs — sorte d'anesthésie momentanée bien précaire, trop peu efficace, parce que trop lacunaire. Avec Dalché, nous dirons : « Après la puberté, bien que la petite oie blanche devienne rare à notre époque, si la jeune fille n'analyse pas toutes ses sensations, lorsque tout « l'émeut et l'agite », l'insatisfaction génésique d'un organe qui vient de naître à la vie entre souvent pour beaucoup dans ces malaises. » Et c'est de là, pensons-nous, que sont nés toutes sortes de conflits, d'angoisses, de débats, atténués certes et intimes, mais réels, et certaines manifestations extérieures déguisées témoignent d'un déséquilibre suffisant à édifier un schéma d'explication exacte.

II. — De quelques maladies améliorées par le mariage.

Nous n'avons pas l'intention d'ajouter à la liste déjà longue des agents thérapeutiques un nouveau spécifique : le « mariage-médicament ». Nous voulons seulement rappeler un fait connu de tous : depuis le plus érudit des médecins jusqu'à la plus humble paysanne, c'est l'heureuse influence du mariage sur l'état général des jeunes filles.

Les anciens lui accordaient toutes les vertus. D'après eux, l'hystérie, l'épilepsie et autres névroses étaient modifiées; bien plus, la scrofule, la tuberculose elle-même, en retiraient un bénéfice !

« Le mariage, disait Bousquet (1820), dissipe tous ces symptômes, parce qu'on se soumet au commandement de croître et de multiplier, parce qu'on s'installe dans l'honorable emploi d'être mère. » Et Mattéi (1880) compare le tableau assez pitoyable de la jeune mariée « dont les yeux deviennent plus bril-

lants, le teint plus animé, la voix plus ferme », à celui des religieuses cloîtrées « languissantes, pâles et étiolées ».

Enfin, Dufougeré, dans sa thèse (Bordeaux, 1901), rapporte un fait que lui a cité le Docteur Laconche : « Dans la République du Pérou, les jeunes filles sont nubiles de très bonne heure; à l'âge de 10 ans, elles sont le plus souvent réglées. Mais il est un fait qui a été constaté par de nombreux médecins : c'est que peu de ces jeunes filles restent vierges. Il existe, paraît-il, une croyance populaire reposant sur de nombreux faits, d'après laquelle les filles vierges sont presque toutes vouées à la tuberculose pulmonaire. A l'âge de 20 ans, celles qui, par vertu ou par hasard, sont restées vierges sont presque toutes pâles, anémiées, sans cesse malades, et la tuberculose a très facilement prise sur elles. »

A. — CHLOROSE ET MARIAGE.

Qui n'a pas noté ses effets dans la chlorose appelée autrefois « fièvre d'amour, maladie virginale », témoignant ainsi de l'étiologie qu'on lui attribuait déjà.

Il nous faut remonter jusqu'à Hippocrate pour trouver cette première hypothèse : « ... *Equidem virginibus suadeo ut citissime cum viris conjungantur si enim conceperint, sanæ eradunt.* » (1).

Ambroise Paré pensait également que cet état était aggravé par le manque de rapports sexuels, et le premier, après Hippocrate, établit les rapports existant entre la chlorose et le mariage.

Mais la première thèse consacrée à ce sujet est celle de Michel Denyan (1658), qui affirma, devant la Faculté de médecine de Paris, que les pâles couleurs des jeunes filles se trouvaient fort bien du mariage : « *An pallidis virginum coloribus Venus ?* » (2) et il proposa comme traitement : les lavements émollients, la saignée, et un autre remède « *cujus frequentiore*

(1) En vérité, j'engage les vierges à se marier le plus rapidement possible, afin qu'elles puissent reconvrer la santé en devenant mères.

(2) Vénus (l'Amour) ! n'est-ce pas le remède à la pâleur des vierges ?

et diuturniorem usum molliculæ virgines non remuant; non respuant »⁽³⁾ faisant ainsi allusion au mariage.

Avant lui, d'autres auteurs, Michel Toutain (1604), Nicolas Drouin (1616), avaient émis le même avis.

Molière, lui-même, dans son *Médecin malgré lui* parlant par la bouche de son personnage, vante le matrimonium comme moyen thérapeutique des pâles couleurs.

En 1771, Sauvages prétendit qu'il y avait des chloroses par « amour » et défendit la théorie du mariage médicament. Ce traitement eut une vogue considérable ; on l'étendit non seulement à tous les cas de chlorose, mais indistinctement à toutes les maladies des jeunes filles, et dans cette course au mariage, on ne sait qui, des médecins ou des gens du monde, mit le plus d'ardeur.

En 1817, Bitaudeau, dans sa *Dissertation sur les avantages et les inconvénients du mariage au point de vue médical*, défend la théorie d'Hippocrate. Bousquet (1820) et Hébert (1821) sont également de cet avis.

Tardieu (1868) définit la chlorose : « cachexie propre à la femme » et fit remarquer qu'on ne la rencontrait que chez les jeunes filles et les religieuses. En 1881, Antoine Mattéi, directeur du journal *L'Obstétrique*, revint à la charge et, dans une communication qu'il fit le 3 septembre 1863 à la Société de médecine pratique, il constatait sa fréquence chez les religieuses. Il alla même jusqu'à s'élever contre ce repos absolu de la vie génitale.

Potain et Hayem reconnaissaient que le mariage est susceptible de provoquer une amélioration de la chlorose.

Dans son ouvrage sur le *Mariage des chlorotiques*, M. Gossel (1881) publia de nombreuses observations de chlorose guéries par le mariage, et il conclut que les chlorotiques ont droit au mariage, puisqu'en raison de ce nouvel état de choses elles peuvent éprouver une amélioration.

A l'argument qu'on crut lui opposer, en rapportant quel-

(3) ... dont les jeunes filles puissent faire sans dégoût un usage fréquent.

ques observations de chlorose non guéries par le mariage, cet auteur répondit que « pas une n'est absolument convaincante. Tantôt l'aggravation est due à un état physiologique déplorable, résultant de la misère; tantôt ce sont des pseudo-chloroses masquant une tuberculose déjà avancée; le plus souvent, ce sont des hypothèses qui ne reposent sur aucune observation précise ». De même, Debove se plaisait à dire que dans le seul cas de chlorose non influencée par le mariage qu'il avait connu il avait acquis la certitude de l'absence de rapports normaux et complets.

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur les rapports de la chlorose et du mariage; cette affection étant devenue rarissime, ce qui a fait déclarer à certains auteurs qu'elle n'avait jamais existé. Cependant, de l'avis de la plupart des cliniciens, on peut encore la rencontrer.

Ces divergences proviennent vraisemblablement de ce que « deux opinions sont en présence (P. Emile Weil) : 1° celle qui fait de la chlorose une maladie spéciale, les autres états analogues n'étant que de fausses chloroses ou chloro-anémies; 2° celle qui admet un syndrome chloro-anémique pouvant être causé par les causes les plus diverses, en particulier la tuberculose (M. Labbé) ».

Dans le syndrome chlorotique, on note : au point de vue hématologique, une diminution des globules rouges et du taux de l'hémoglobine (donc valeur globulaire nettement au-dessous de l'unité, contrairement à ce qui existe dans les anémies); et au point de vue clinique, une pâleur cireuse des téguments, des troubles circulatoires (T. A. abaissée, bruit de rouet), digestifs, génitaux (aménorrhée); un état neurasthénique.

Les observations rapportées par Dufougeré dans sa thèse ⁽¹⁾ concordent parfaitement avec le syndrome sus-décrit.

Nous nous excusons de nous être étendu sur ces questions

(1) W. Dufougeré (thèse Bordeaux, 1902), *La Chlorose, ses rapports avec le mariage, son traitement par le liquide orchitique.*

qui paraissent aujourd'hui un peu archaïques; — elles nous seront cependant utiles tout à l'heure pour la discussion.

B. — DE QUELQUES AUTRES MALADIES AMÉLIORÉES PAR LE MARIAGE.

Sans insister sur des faits plus ou moins démontrés, rappelons seulement ceux admis par tous.

Combien de jeunes filles sujettes aux *engelures* voient cet ennui disparaître dès la première année de leur mariage, pour reparaître si elles cessent d'avoir une vie sexuelle complète. La guerre est venue instituer une véritable expérience à ce sujet : leurs maris au front, les femmes qui étaient guéries de leurs engelures depuis leur mariage les ont vues revenir avec étonnement dès le premier hiver de la guerre pour les voir disparaître à nouveau (au moins temporairement) à l'occasion des permissions de leurs maris. Ce fut là, paraît-il, un des mobiles qui détermina le commandement allemand à faciliter l'attribution de permissions aux soldats du front. Moliney rapporte sur ce sujet de très intéressantes observations.

Le docteur Jacques Sédillot nous écrivait : « En clientèle, j'ai observé assez souvent des guérisons spontanées » d'*asthme* ou de *maladies prurigineuses* dès les premières » semaines de mariage d'une jeune fille. » Et tout le monde sait que l'*acné juvénile* et certaines *migraines* disparaissent rapidement par cette thérapeutique agréable !

D'autres ont remarqué que « l'outrage des ans » se révélait plus tard chez la femme mariée que chez la continente, plus prédisposée qu'elle au *vieillissement prématuré*.

Nous n'insisterons pas sur les effets bien connus du mariage sur toutes les formes de *neurasthénie* de la jeune fille « Il ne faut pas nier, dit Vignes, que la détente érotique ne soit particulièrement bienfaisante à certaines femmes et que la » stimulation des nerfs et des divers organes par le coït puisse » expliquer l'action sédative consécutive à la satisfaction » génésique. »

Quant à ses effets sur l'*appareil génital*, tous les gynécolo-

gues les connaissent bien; aussi, nous ne saurions mieux terminer ce chapitre qu'en rapportant les conclusions de Vignes à ce sujet :

« L'instauration des rapports sexuels a sur l'appareil génital de maintes femmes un effet de maturation :

» 1° *L'aptitude à la fécondation* qui existe dès le mariage chez d'aucunes, fécondables au premier coït, n'apparaît qu'à l'usage chez d'autres; or, celles-ci, pourtant, sont par la suite facilement fécondables pour de nouvelles gestations (1).

» 2° *Les règles* trop pauvres ou trop abondantes jusqu'au mariage, trop rapprochées ou trop éloignées, prennent un type plus régulier.

» 3° Il n'est pas rare de voir disparaître des *symptômes dysménorrhéiques*.

» 4° Enfin, on voit des *utérus pubescents* acquérir rapidement le type adulte. »

Cette énumération suffit pour rappeler les effets du mariage sur l'organisme féminin.

Nous verrons si l'on doit prétendre aux mêmes résultats avec l'opothérapie et dans quels cas on pourra y recourir.

(1) Vogt (Stérilité et immunité antispermaticque, *Klin. Woch.*), estime aussi que la maturation de l'appareil génital hypoplanique après le mariage est fonction d'un stimulus d'origine spermatique.

CHAPITRE III

LA RESORPTION SPERMATIQUE

« ... Chez la femme, il n'est pas de trouble ovarien ni même plus généralement de trouble endocrinien qu'on puisse étudier sans savoir exactement quelle est la vie sexuelle de cette femme. »

(J. SÉDILLOT.)

I. — Ce que pensaient les Anciens.

Il ne suffit pas d'avoir produit un grand nombre de faits en faveur de l'efficacité du mariage; l'esprit humain en sollicite l'explication. Nous ne nous dissimulerons pas que cette explication est délicate.

Dufougeré, en 1902, concluait sa thèse en disant :

« 1° La chlorose est due à une auto-intoxication d'origine menstruelle, et à l'accumulation dans le sang de principes toxiques qui ne sont pas détruits par la sécrétion interne de l'ovaire. En rétablissant cette sécrétion interne (amoindrie ou absente), on fait disparaître la chlorose et ses divers symptômes.

» 2° Le mariage influe sur cette sécrétion et la rétablit par absorption pendant le coït d'un certain principe spécifique qui agit directement sur l'ovaire, le stimule et le fait sortir de sa torpeur.

» 3° On peut également rétablir cette sécrétion interne en injectant ou en faisant ingérer aux chlorotiques du « liquide orchitique ». L'action thérapeutique de ce liquide s'explique par son action physiologique et cadre parfaitement avec l'action du « mariage » sur la chlorose. »

A l'appui de sa thèse, il apportait plusieurs observations (dont certaines recueillies dans le service du professeur Sabrazès) de chlorotiques guéries par des injections de liqueur orchitique de taureau et absorption quotidienne de 3 cc. d'extrait glycérimé de la même substance — guérisons confirmées par la clinique (augmentation de l'appétit, réapparition des règles, etc.) et le laboratoire (augmentation des globules rouges et du taux de l'hémoglobine).

Depuis Dufougeré, diverses opinions ont été émises sur l'étiologie et la pathogénie de la chlorose.

Pour beaucoup d'auteurs, le trouble sanguin n'est qu'un épiphénomène au cours d'une affection générale qui mérite d'être rangée dans les syndromes dystrophiques de la puberté plutôt que dans les maladies du sang.

Au contraire, son origine doit être recherchée, d'après M. Serdukoff (*Progrès médical*, 25 mai 1929), dans une diminution de la sécrétion interne des ovaires (cette théorie se rapprocherait de celle de Dufougeré) ou dans un retard de sa formation; mais il pense que les autres glandes endocrines jouent un rôle dans sa pathogénie et que son origine est polyglandulaire.

Spillmann et Etienne pensant que la chlorose devant vraisemblablement avoir son point de départ dans une viciation de la fonction ovarienne, la résorption spermatique aurait sur celle-ci une action équilibrante, nécessaire, à partir d'une certaine période de la vie génitale, pour éviter sa déviation. Nous allons voir que cette conception est ancienne (Mattéi tentait déjà de l'expliquer en 1863).

Pour Pierre et Jouve, l'absence de résorption spermatique ne semble pas être au premier plan dans la pathogénie de la chlorose : « Si cette affection a presque disparu, c'est sans doute que la vie plus active et plus nuancée d'émotions que mènent les jeunes filles de nos jours exerce sur l'ensemble de leurs sécrétions internes, et plus particulièrement sur l'ovaire, une action activante; et un de nos maîtres, dont l'esprit d'observation n'est jamais en défaut, nous affirmait qu'à

ce point de vue, la danse elle-même n'était pas sans avoir quelquefois son utilité. »

Dufougeré avait déjà tenté de répondre à ces objections, puisqu'il disait : « On a prétendu que l'influence psychique dans le mariage était considérable et que l'existence nouvelle de la jeune mariée retentissait sur son état général et pouvait amener la disparition de la chlorose préexistante. A cela, nous répondrons que le mariage légal n'existe pas toujours et que beaucoup de cas de guérison de chlorose ont été observés alors qu'il n'y avait eu que des liaisons passagères. D'autre part, il arrive souvent que la vie de la femme mariée soit plus pénible, plus fatigante, plus triste même que celle qu'elle menait jeune fille et que ce nouvel état de choses soit pire que l'ancien.

» Toutefois, nous reconnaissons volontiers l'influence heureuse que procure parfois ce changement de vie, surtout chez celles dont le système nerveux est très impressionnable. Mais en tout cas c'est une cause adjuvante et on ne doit pas lui accorder le premier rôle.

» Une autre hypothèse est celle d'après laquelle le coït, agissant en tant qu'acte mécanique favorisant la circulation du sang dans les organes génitaux de la femme, pourrait ainsi ramener une menstruation disparue depuis longtemps. Cette action mécanique nous semble peu probable et dans la suite nous expliquerons comment il se fait que la chlorose persiste chez certaines jeunes filles qui, par peur de la fécondation, pratiquent incomplètement le coït. Chez celles-là, l'action mécanique est cependant mise en jeu. »

Ne prenons pas encore parti dans la querelle et essayons d'examiner impartialement les arguments en faveur de la résorption séminale. Voyons d'abord ce qu'en pensaient les anciens :

En 1863, le docteur Antoine Mattéi présenta un mémoire à la Société de médecine pratique ayant pour titre : *De la résorption de la liqueur séminale et de son action excitante tonique chez l'homme comme chez la femme,*

Voici un passage de son mémoire :

« ... L'action de la liqueur séminale est puissante en dehors de la fécondation et cette action ne peut tenir qu'à l'absorption générale du liquide. La chlorose est ordinairement guérie par le mariage et la jeune fille qui était pâle, timide et faible, a, quelques mois après le mariage, une fraîcheur, une force physique et morale insolites. La jeune veuve peut être assurément sous l'action du chagrin, mais elle ne tarde pas à languir et à s'étioler. Tout au contraire, les femmes qui, par des rapprochements sexuels répétés, sont les plus exposées à absorber la liqueur séminale, sont les plus rubicondes et ont le sang le plus riche. Pour mon compte, je n'ai jamais vu de chlorose chez les femmes galantes ni chez les femmes stériles qui cherchaient la fécondation avec empressement...

» Le sperme est absorbé; tout le prouve : l'odeur de la peau, de la sueur, toutes les sécrétions chez les animaux en rut, surtout chez le bouc, l'odeur de l'haleine même chez la femme quelques heures après les rapprochements sexuels (!)

» Introduit dans la circulation, le sperme donne aux animaux une vigueur spéciale, à l'homme une force particulière; les jeunes filles chlorotiques, les veuves, se portent mieux après le mariage; les femmes stériles éprouvent du bien-être après le coït; pour les mêmes raisons, il est extrêmement rare d'observer la chlorose chez les filles publiques... »

Le docteur Mattéi insiste ensuite sur le luxe de précautions que la nature a prises dans son œuvre et il arrive à l'étude de la résorption elle-même.

« A chaque copulation, dit-il, l'homme laisse au fond du vagin de la femme 15 à 30 grammes de liquide, c'est-à-dire des milliers et des milliers de spermatozoaires; pendant qu'un seul de ces animalcules suffit à féconder l'ovule, que deviennent les autres ?

» Sans doute, les mucosités vaginales peuvent en entraîner plusieurs au dehors, mais comme les spermatozoaires sont doués d'un mouvement en avant, ceux qui restent dans le cul-de-sac vaginal y sont arrêtés définitivement, tandis que

ceux qui atteignent le col utérin et à plus forte raison ceux qui sont lancés dans la cavité du col continuent leur course. Plusieurs sont encore arrêtés par les replis du col et du corps utérin. La paroi postérieure de l'utérus en arrête encore; enfin, une faible partie traverse les deux trompes pour aller jusqu'aux ovaires et se répandre sur la surface péritonéale à travers les franges des pavillons. Cet éparpillement multiplie les chances de la rencontre du sperme avec l'ovule et, par conséquent, de la fécondation, mais les vivisections prouvent qu'au bout de vingt-quatre heures, on ne trouve plus guère de spermatozoaires dans tout le trajet. Que sont-ils devenus ?

» Si petites que soient les dimensions de ces animalcules, il n'est pas à présumer qu'ils puissent traverser les tissus de toutes pièces pour arriver jusque dans le torrent circulatoire... La chose n'est pas admissible avant qu'on en ait eu des preuves directes, tandis que tout prouve la dissolution de ces animalcules et l'absorption facile de leur dissolution. Il arrive à ces spermatozoaires ce qui arrive aux globules du sang, du lait, lorsque confinés dans une poche, ils sont dissous et absorbés jusqu'à leur disparition complète. »

On ne peut méconnaître le rôle précurseur de Mattéi. Bien que sa thèse nous paraisse aujourd'hui fantaisiste, elle renferme cependant un fond de vérité.

Nous ne nous hasarderons pas à essayer d'expliquer les voies de la résorption spermatique et son mode d'action : ces problèmes resteront encore longtemps dans le domaine des hypothèses; nous ne mentionnerons donc pas non plus les solutions proposées.

Mais le problème de la résorption spermatique en soulève un autre : nous voulons parler de l'*imprégnation*. Il n'est pas encore résolu pour beaucoup : pour nous, au contraire, l'imprégnation est un fait non seulement indiscutable, mais encore nécessaire et les preuves que nous apportons à l'appui de notre thèse expliqueront, nous l'espérons, dans une certaine mesure, l'efficacité du mariage et légitimeront l'emploi d'une *opothérapie croisée*.

II. — L'imprégnation est indiscutable.

Le professeur Morache, dans son livre *Le mariage*, déclarait :

« ... La femme qui antérieurement a subi une première conception, transmet au produit de la fécondation suivante et peut-être encore plus loin, certaines ressemblances rappelant le premier géniteur. Celui-ci paraît imprimer parfois comme son cachet personnel aux produits ultérieurs de la mère; cela pour plusieurs générations successives tout au moins, et d'une façon très sensible pour la suivante.

» Il est possible que, pour voir se produire l'imprégnation, il ne soit pas indispensable que la fécondation ait eu lieu. Sans doute, les conditions paraissent meilleures dans ce cas, car, pendant toute la gestation, il existe une communication constante entre la circulation maternelle et la circulation fœtale...

» ... Mais le simple séjour du spermatozoïde dans les voies génitales de la femme ne pourrait-il pas avoir un résultat pareil ? Après le rapport sexuel, même s'il y a eu lavages plus ou moins profonds, et à plus forte raison si l'on s'en est dispensé, ce qui arrive souvent, des spermatozoïdes demeurent très longtemps actifs dans ces milieux alcalins d'une température favorable... Est-il invraisemblable d'admettre hypothétiquement encore, mais sans commettre d'hérésie scientifique, que la femme qui a fréquemment et pendant longtemps des relations sexuelles avec un même individu finira par en être impressionnée, ayant lentement, mais d'une façon continue, absorbé et répandu dans sa circulation les toxines de ses spermatozoïdes ?... Mais ces deux êtres se sont aussi pénétrés anatomiquement, biologiquement; ils ont réalisé la parole de la Genèse : « *Ils deviendront une même chair.* » Leurs produits ultérieurs pourront en être influencés. »

On sait que Darwin était partisan de l'imprégnation et un de nos maîtres, réputé pour la finesse de son esprit, qui nous en démontrait un jour la théorie, termina son exposé en di-

sant : ... Ce qui vous explique, Messieurs, pourquoi une bergère devient princesse en épousant un prince. »

A. — QUELS ARGUMENTS APPORTER EN FAVEUR DE L'IMPRÉGNATION
MATERNELLE ?

Une femme veuve, même si elle n'a pas eu d'enfants de son premier lit, peut, si elle se remarie, avoir des enfants qui auront des traits de ressemblance nette avec le premier mari. Cette étrange possibilité n'est plus niée par aucun de ceux qui se sont intéressés à ces questions.

Tous les éleveurs seront d'accord pour vous dire : Si une chienne de race pure, une chienne à poils ras (une chienne pointer par exemple), vient à être saillie accidentellement (un terrain vierge est nécessaire), par un chien quelconque, un chien à poils longs, elle perd immédiatement et pour toujours toute valeur comme lice, car, dans les portées suivantes, saillie par un étalon pointer de race pure, la chienne pourra mettre bas des chiens « matinés » ressemblant aux chiots de la première portée (des chiens à poils longs par exemple). Et, à l'appui de cette thèse, le docteur Sédillot rapporte l'anecdote suivante :

« Un grand éleveur de chiens, à qui je posais la question à la dernière Exposition canine de Paris, me faisait cette remarque intéressante : « Quand je désire que les chiots héritent au maximum des qualités du père, je laisse le chien » et la chienne ensemble pendant 24 heures au moins en toute » liberté. Quand je désire, au contraire, que les petits ressemblent surtout à la mère, je fais en sorte que la saillie de la » chienne soit un acte aussi bref que possible. » Je crois que cet éleveur faisait *empiriquement* le nécessaire. Je souligne empiriquement, car j'ai vu par la suite de la conversation qu'il ne soupçonnait même pas ce que pouvait être l'imprégnation spermatique et que, pour lui, la chose intéressante était la quantité plus ou moins abondante de sperme, ou

plutôt le nombre plus ou moins considérable de spermatozoïdes. »

Autres faits :

Chez les bovidés. — Une vache noire de la race d'Angus (sans cornes) fut saillie la première fois par un taureau de Durham (avec cornes) et produisit des veaux croisés. Plus tard, cette vache fécondée par un taureau de sa race (sans cornes) accoucha d'un veau *cornu*, semblable à un croisé Durham.

Moutons. — Des brebis blanches saillies la première fois par des béliers noirs donnèrent, par la suite, avec des béliers blancs, des agneaux tachetés.

Porcs. — Une truie d'Essex noire et blanche fut accouplée à un sanglier marron foncé et donna des produits participant à la fois de la truie et du sanglier. Beaucoup plus tard, cette truie fournit avec un verrat d'Essex des petits goretts pigmentés de marron.

Des faits de ce genre ne se comptent plus dans la série animale.

Non seulement ces faits sont indéniables, mais encore, en regardant de plus près, on verra que *la nature s'est ingéniée à réaliser cette imprégnation*. En effet, le pénis du chat en érection est hérissé de rugosités, de piquants, et c'est un épouvantable cri de douleur que pousse la chatte au moment de l'accouplement, ce qui ne l'empêche pas d'être fort entreprenante. Ici, l'attrition des muqueuses vaginales de la chatte n'a-t-elle pas pour but une meilleure absorption du liquide spermatique ?

Pourquoi l'accouplement du chien et de la chienne, quand il se produit en liberté, dure-t-il des heures ? Pourquoi se prolonge-t-il bien longtemps après l'éjaculation ?

Aussitôt après son éjaculation, une partie du sperme du cobaye se solidifie, prend l'aspect et la consistance de la

cire de bougie, formant ainsi un bouchon qui obstrue le vagin et empêche toute déperdition du liquide spermatique.

Remarquons que c'est dans les races où l'accouplement est un acte très bref, comme chez le cobaye et le chat, que la nature semble avoir créé un moyen spécial pour qu'il se fasse quand même une bonne imprégnation. Chez la femme, au contraire, le coït durant un certain temps (et se répétant souvent) laisse chaque fois les muqueuses en état d'extrême congestion temporaire facilitant certainement le pouvoir d'absorption de ces muqueuses. (J. Sédillot.)

B. — COMMENT EXPLIQUER CES FAITS ?

Certains ont pensé que des spermatozoïdes pouvaient se mettre en réserve, sous des formes que nous ignorons, et pour de très longues périodes, dans certains recessus des voies génitales de la femme. Ce fait ne semble bien prouvé que chez les gallinacés : l'oviducte de la poule peut, en effet, retenir des spermatozoïdes actifs et une poule complètement séparée des coqs de basse-cour continuera pendant plusieurs mois à pondre des œufs fécondés, mais jamais le fait n'a pu être prouvé chez les mammifères.

D'ailleurs, qu'on réfléchisse bien : s'il en était ainsi, de temps à autre, une veuve ayant observé la plus stricte continence depuis son veuvage pourrait redevenir enceinte, et en France, comme dans tous les pays d'ailleurs, les lois sur les successions seraient à refaire !

Je crois que l'idée de l'imprégnation spermatique sans l'intervention nécessaire d'aucun spermatozoïde peut suffire à tout expliquer de ces faits en apparence paradoxaux. La fécondation de l'ovule par le spermatozoïde n'est que le couronnement de la vie conjugale ; et la période plus ou moins longue d'imprégnation spermatique qui a précédé cette fécondation de l'ovule joue un rôle que nous commençons seulement à soupçonner quant aux caractères morphologiques et autres de l'enfant qui naîtra.

Les enfants qui naissent neuf mois jour par jour après le mariage des parents ne ressemblent presque jamais au père : défaut d'imprégnation spermatique suffisante. Au contraire, ceux qui naîtront ultérieurement après plusieurs années de ménage auront des chances de ressembler au père beaucoup plus que leur aîné. (Sédillot.)

C. — EXISTE-T-IL DES PREUVES A L'IMPRÉGNATION SPERMATIQUE ?

Wallstein et Ekler ont constaté une réaction d'Abderhalden positive pour les protéines testiculaires chez la lapine après le coït.

Levicki, par le moyen de la méthode de Bordet-Gengou, a pu déceler la présence d'anticorps spermatiques dans le sang des femmes mariées, alors qu'il ne trouvait rien chez les vierges.

La résorption spermatique est mise en évidence par le phénomène de cuti-réaction au sperme du mari chez les femmes mariées (85 p. 100 de réactions positives)⁽¹⁾ et par la méthode interférométrique qui décèle les modifications caractéristiques du sérum des femmes ayant eu une vie génitale active.

D'autre part, on trouvera (chap. IV, Stérilisation par les hormones spermatiques) de nouvelles recherches basées sur l'examen du sérum des femmes stériles.

III. — L'imprégnation est nécessaire.

Drouin (*Nouvelles thérapeutiques*, avril 1929), dans un travail intitulé *La carence sexuelle féminine*, écrit :

« Pour l'homme, l'acte sexuel normal se termine à l'orgasme. Pour la femme, il faut, afin de parfaire le cycle, qu'elle absorbe pour son équilibre physico-psychologique une partie des éléments fournis par l'homme. L'élément fécondant, le

(1) *Recherches sur la pathogénie des vomissements gravidiques : Thérapeutique de désensibilisation* (Lévy-Solal, J. Dalsace et Cohen-Solal).

spermatozoïde mis à part, la liqueur séminale contient des substances complémentaires que la femme doit absorber. La carence sexuelle féminine, c'est justement cette non-absorption... L'étude des troubles somatiques et psychiques chez la femme en état de carence, et parallèlement la disparition ou l'atténuation de ces troubles, sous l'action de l'extrait spermatique, suffisent à démontrer l'existence des carences, entité nosographique, et à légitimer l'emploi de l'opothérapie. »

A. — LE DANGER DES FRAUDES ANTICONCEPTIONNELLES
PAR ABSENCE D'IMPRÉGNATION SPERMATIQUE.

Pour Drouin, « les inconvénients dus à la carence spermatique se présentent avec une variété d'aspects cliniques et une fréquence d'autant plus grande que l'esprit averti saura les pressentir et les déceler sous le masque névrosique où ils se dissimulent ordinairement. » Et il ajoute : « Je dis qu'ils sont fréquents et je voudrais, par avance, répondre à l'objection qui m'a été opposée de la rareté de ces cas. La vérité est qu'ils sont innombrables. »

C'est au docteur Jacques Sédillot que nous devons la majeure partie de ce qui va suivre :

« L'homme, contrairement à l'animal, répète le coït à satiété, incessamment, pour son seul plaisir, alors que presque tous les animaux, surtout les mammifères, ne s'accouplent que de rares fois chaque année et vivent le reste du temps dans l'indifférence sexuelle. Par conséquent, du fait de l'extrême répétition du coït dans la race humaine, la femme devrait être la femelle recevant finalement la meilleure imprégnation spermatique, si les fraudes anticonceptionnelles ne venaient pas si souvent empêcher cette chose nécessaire.

» Je suis absolument convaincu que les fraudes anticonceptionnelles habituelles, surtout certaines d'entre elles, sont à l'origine de quantité de cas de déséquilibre nerveux chez la femme mariée. »

Le schéma du déséquilibre nerveux et endocrinien chez les fraudeuses se présente ainsi d'après Sédillot :

« Peu à peu, progressivement, les règles, tout en restant régulières, sont devenues *moins abondantes*, puis très pauvres. Souvent, elles ne durent plus qu'un ou deux jours au lieu de 4, 5 ou 6 jours antérieurement. Quand il s'ajoute une modification dans l'espacement des règles, c'est toujours dans le sens d'une avance.

» *Des troubles permanents du nervosisme* se sont installés, qu'il est toujours facile de rattacher à un état plus ou moins accentué d'hyperthyroïdie, pouvant aller jusqu'à la maladie de Basedow complète. Ces troubles, qui s'exagèrent à l'approche et au début des règles, consistent surtout en instabilité thermique, frilosité excessive, avec quelques bouffées de chaleur émotives ou survenant après les repas; érythème pudique, palpitations, instabilité de l'appétit, etc.

» A ces troubles du nervosisme s'ajoutent parallèlement des *troubles du caractère*, de l'irritabilité, de l'instabilité, de l'émotivité anxieuse, des périodes alternées et inexplicables de gaieté et de tristesse avec sensation de gorge serrée et besoin fréquent de pleurer sans motif sérieux. Ces troubles permanents du nervosisme et du caractère présentent des paroxysmes nets les lendemains ou les surlendemain des rapports frauduleux.

» Le *syndrome des fraudeuses* se schématise donc en résumé dans la triade symptomatique suivante :

- 1° Appauvrissement des règles;
- 2° Exaltation croissante du nervosisme;
- 3° Tendance mélancolique et anxieuse. »

A côté de ces formes pures, gravite un monde d'autres manifestations atténuées, car, ainsi que le dit Labbé : « Il n'est pas douteux que la dysfonction génitale soit de nature à déterminer des troubles profonds du psychisme et du système sympathique qui seront d'autant plus prononcés que les

sujets seront préalablement sensibilisés par des facteurs émotionnels. Comme l'a dit Spillmann, chacun réagit vis-à-vis des endocrinopathies avec son tempérament, son milieu humoral et ses antécédents pathologiques. »

On conçoit combien il peut être délicat de mener enquête sur un pareil sujet, surtout dans une clientèle de ville, et cependant la chose est toujours facile de façon directe ou indirecte :

« Quand je soupçonne, dit Sédillot, que l'état du déséquilibre nerveux que je constate chez une cliente est peut-être secondaire à l'usage habituel des fraudes anticonceptionnelles, mais que je juge impossible de poser des questions directes sur ce sujet, je me contente d'intercaler dans mon interrogatoire les quatre questions suivantes :

» Combien avez-vous d'enfants ?

» Quel âge ont vos enfants ?

» A combien d'années faites-vous remonter le début des troubles nerveux pour lesquels vous me consultez ?

» Les règles ont-elles diminué d'abondance ou de durée depuis la dernière naissance ?

» Toutes les fois que j'apprends que le dernier enfant a, par exemple, 6 ans; que les troubles nerveux remontent à quatre ou cinq ans, et que les règles ont diminué progressivement de durée depuis la dernière naissance, j'ai déjà une forte présomption en faveur de mon hypothèse, et mon soupçon se changera presque en certitude si j'obtiens un résultat favorable par les très simples conseils et moyens thérapeutiques que nous verrons plus loin. »

Il va de soi que ces troubles, qui existent avec le maximum de fréquence chez les femmes mariées qui désirent limiter le nombre de leurs enfants, se retrouvent à plus forte raison dans les unions irrégulières où il s'agit, avant tout, d'éviter une grossesse.

On pourra objecter : « Le nombre des femmes qui pratiquent les fraudes est incalculable et on en retrouve bien peu

qui présentent à la longue de la dysovarie et de l'hyperthyroïdie réactionnelle. »

A quoi nous répondrons : « Si on recherche systématiquement, comme nous l'avons fait chez toute femme se plaignant de troubles nerveux, les signes d'hypo-ovarie et d'instabilité thyroïdienne réactionnelle, les médecins sont forcés de reconnaître que ce *syndrome neuro-ovaro-thyroïdien* des fraudeuses est infiniment plus fréquent qu'on ne pourrait le supposer au premier abord. »

Ici, ouvrons une parenthèse sur le syndrome neuro-ovaro-thyroïdien.

Syndrome neuro-ovaro-thyroïdien.

Dalché avait admis, dans le cortège des phénomènes qui accompagnent la dystrophie ovarienne, deux états : l'un qui arrive à simuler un syndrome de Basedow atténué ou fruste; l'autre qui prend quelques apparences d'un pseudo-myxœdème.

En fait, il s'agit, dans ces cas, pour Léopold Lévi, d'*hyperthyroïdie* (parfois d'hypo) et d'*instabilité thyroïdienne*. « Pour défendre ma conception, dit-il ⁽¹⁾, je me suis appuyé sur un mémoire de Bandler, pour qui les syndromes résultant de la diminution ou de l'absence de la sécrétion ovarienne et les symptômes dus à l'hyperthyroïdie se ressemblent assez pour qu'on puisse exprimer *qu'ils sont une seule et même chose*. Les symptômes communs à l'insuffisance ovarienne et à l'hyperthyroïdie se confondent donc. Et ce qui le prouve, c'est qu'on peut *exagérer* les symptômes de l'insuffisance ovarienne par l'*injection de thyroïde*. Par contre, on peut les atténuer par l'opothérapie ovarienne. »

Que conclure ?

1° D'une part, que bon nombre de cas de nervosisme de la femme sont d'origine thyroïdienne ou plus exactement de

(1) Léopold Lévi, *Nervosisme et glandes endocrines*, p. 71.

mécanisme thyroïdien (souvenons-nous de la phrase du Professeur Pende : « La glande thyroïde de la femme est en perpétuel état d'éréthisme physiologique. »);

2° D'autre part, que souvent la cause de l'instabilité thyroïdienne, chez la femme, est dans la sphère génitale.

S'il est bien difficile d'admettre l'opinion trop absolue du Professeur Pinard pour qui « toute maladie de Basedow serait une affaire à point de départ ovarien », nous sommes forcé de reconnaître que la plupart des troubles issus de la ménopause naturelle ou chirurgicale sont bien de mécanisme thyroïdien (exemple : bouffées de chaleur), et qu'il existe des syndromes basedowiens et même de véritables maladies de Basedow de la ménopause.

C'est ainsi que Sédillot, dès les premières années où il s'occupa d'endocrinologie, convaincu de l'étroite parenté des troubles ovariens, thyroïdiens et du nervosisme de la femme, acquit vite la certitude que, dans la vie génitale, tout acte contraire à la loi naturelle, physiologique (et notamment les fraudes anticonceptionnelles de plus en plus en usage), devient souvent générateur de déséquilibres nerveux par mécanisme ovaro-thyroïdien.

Jadis, le Professeur Bossi avait dénoncé les méfaits du malthusianisme et montré que les pratiques anticonceptionnelles et en particulier le *coïtus interruptus* en laissant la femme, comme l'a dit le poète latin d'une trop célèbre impératrice, *lassata, sed non satiata* ne provoquaient pas seulement des poussées congestives du côté du petit bassin, mais favorisaient encore l'éclosion de psychoses les plus variées.

Enfin, Pierra et Jouve déclarent que « beaucoup de jeunes femmes, qu'un examen superficiel ferait classer parmi les déséquilibrées du système nerveux, sont en réalité des néomalthusiennes ».

Quelle thérapeutique appliquer à ces troubles ?

Léopold Lévi nous a déjà dit qu'on pouvait les atténuer par l'opothérapie ovarienne; c'est exact; mais nous avons de

bonnes raisons de penser que, dans ces cas, l'opothérapie orchitique agit encore mieux. Elle a été essayée avec succès.

Zénope disait déjà en 1923 : « Nous avons essayé les extraits orchitiques dans tous les cas d'hyperthyroïdie par insuffisance ovarienne avec de bons résultats. *L'extrait orchitique a un effet freinateur incontestable sur la sécrétion thyroïdienne.* Cette action est des plus constantes et presque infaillible, seules la durée du traitement et de la posologie varient. »

La même année, Aragon insistait sur l'incontestable influence qu'exercent les relations sexuelles, suivant qu'elles sont normales ou incomplètes, sur l'équilibre nerveux et mental des femmes. Au cours d'une série d'expériences fort intéressantes, il démontra que l'administration d'extraits orchitiques faisait disparaître la plupart des troubles psychiques que présentent les malades en l'état de carence. Voici ses conclusions :

1° Le liquide spermatique joue, dans les rapports sexuels, un rôle dynamogénique, analogue au pouvoir dynamogénique que manifeste l'extrait testiculaire total;

2° Le liquide orchitique injecté sous les téguments peut suppléer au rôle joué par le liquide spermatique chez la femme;

3° Les rapports sexuels normaux et complets sont indispensables à la santé physique et morale de la femme.

*
* *

Mais il n'y avait pas uniquement troubles par manque d'imprégnation. Pour Sédillot, les fraudes sont également dangereuses pour deux raisons :

- a) Par absence d'imprégnation spermatique mâle de la femme (c'est ce qui a fait l'objet de la première partie);
- b) Par auto-résorption des sécrétions utéro-vaginales (c'est ce qui va faire l'objet de la seconde).

B. — LE DANGER DES FRAUDES ANTICONCEPTIONNELLES
PAR AUTO-RÉSORPTION DES SÉCRÉTIONS UTÉRO-VAGINALES.

Ce qui le prouve, c'est que ces troubles n'existent que dans la fraude par « coïtus interruptus » ou par préservatifs. En effet, dans ces cas, non seulement l'imprégnation spermatique mâle ne se réalise plus, mais l'état de dysménorrhée s'aggrave encore plus rapidement du fait qu'après chaque coït frauduleux non immédiatement suivi de l'injection, la jeune femme fait, pendant toute la nuit, une auto-résorption de ses propres sécrétions utéro-vaginales. Si la femme prend une grande injection vaginale aussitôt après les rapports, on ne retrouve plus de troubles.

Ce procédé est employé couramment par beaucoup de femmes (prostituées, femmes du demi-monde, etc.) qui mènent une vie sexuelle très active. « J'ai pu interroger un assez grand nombre d'entre elles, dit Sédillot, surtout à l'hôpital. Jamais ces femmes-là ne présentent ce déséquilibre nerveux très spécial que j'ai observé avec une si grande fréquence chez les femmes mariées ou vivant maritalement. Si leur équilibre nerveux semble compromis — et alors rien ne rappelle le syndrome des fraudeuses — il est presque toujours possible d'obtenir l'aveu d'une tare quelconque (alcoolisme, cocaïne, caféisme, morphine, etc.).

» En outre, dit Drouin — rappelant les conclusions de l'enquête d'un médecin inspecteur sanitaire de Marseille — un certain degré de santé psychique et physiologique compatible avec le genre de vie de ces malheureuses (prostituées) ne se rencontre que chez celles qui, *d'une façon ou d'une autre*, par une voie ou par une autre, absorbent la liqueur séminale » (*sic*).

Sédillot a pu remarquer dans sa clientèle que « des femmes sachant très bien s'observer, sans se suggestionner, ont noté que, dès le seul emploi de la grande injection vaginale immédiate, les malaises pénibles (parfois avec scènes de ménage) qui venaient aggraver leur état de nervosisme le lendemain ou

le surlendemain des rapports conjugaux incomplets, cessaient de se produire ».

Enfin par le seul emploi de la grande injection vaginale immédiate, il est arrivé à redonner une durée satisfaisante aux règles chez certaines clientes qui étaient arrivées peu à peu à un état presque complet d'aménorrhée. (Il avait ordonné dans ces cas des injections vaginales d'apparence médicamenteuse à l'aide d'une formule fantaisiste.)

D'ailleurs, la réciproque est vraie, et quand par le seul emploi de la grande injection vaginale chez une malade présentant la triade symptomatique, on assiste à une amélioration de sa santé physique et à l'apaisement de ce nervosisme, on est en droit de penser qu'on a affaire à une fraudeuse

Thérapeutique des fraudes.

Dans les cas (très rares) où l'on aura obtenu de la malade l'aveu des fraudes habituelles, on pourra leur expliquer le but poursuivi :

- a) Décongestionner les muqueuses des organes génitaux;
- b) Débarrasser ceux-ci de leurs sécrétions utéro-vaginales pour éviter l'auto-résorption qui deviendrait dangereuse en l'absence d'imprégnation spermatique.

Chez celles qu'on n'a pu interroger librement (la majorité) mais qu'on a toutes les raisons de soupçonner d'être des fraudeuses, il y a de fortes chances pour que, si on leur prescrit une simple injection d'eau bouillie, elles ne la prennent pas. Il faut donc souvent frapper leur imagination en donnant à l'injection l'allure d'une injection médicamenteuse à l'aide d'une formule fantaisiste (1).

(1) Sédillot prescrit :

Teinture de menispermum cocculus.....	XL gouttes
Teinture de veratrum viride	XXX gouttes.
Teinture de benjoin	100 grammes
XXX gouttes dans 2 litres d'eau bouillie chaude à 38° pour une injection vaginale.	

Dans les cas graves (syndrome basedowien accentué, aménorrhée, neurasthénie, etc.) on ajoutera l'opothérapie hétérosexuelle pour remédier au défaut d'imprégnation spermatique, car, ainsi que le dit Drouin, « ce qui importe, ce n'est pas tant l'acte et la voie d'absorption que l'absorption elle-même ».

On objectera : « Parmi les femmes qui vivent dans une chasteté absolue, un certain nombre arrivent à l'âge de la ménopause ayant conservé des règles normales comme durée et comme abondance, et un système nerveux parfaitement équilibré. L'imprégnation spermatique ne semble donc nullement nécessaire pour conserver une bonne fonction ovarienne. »

Avec Sédillot, on peut répondre : « L'imprégnation spermatique mâle n'est souvent nécessaire à la conservation d'une bonne fonction ovarienne que si la femme a une vie sexuelle, une vie génitale active. Et voici l'hypothèse que la réflexion m'a suggérée : Les cellules interstitielles de l'ovaire, a-t-on dit, représentent la partie mâle, non évoluée, de la glande génitale bissexuée des premières semaines de la vie du fœtus. Chez la femme, les cellules interstitielles de l'ovaire possèdent une sécrétion interne excitatrice de la fonction ovarienne et suffisante à elle seule pour maintenir une bonne fonction ovarienne tant que la femme vit dans la continence, dans l'indifférence sexuelle absolue, sans pratique d'onanisme bien entendu.

» Dès que la femme commence à mener une vie sexuelle active, l'imprégnation spermatique mâle doit nécessairement ajouter son action excitatrice à celle de la sécrétion interne des cellules interstitielles de l'ovaire pour maintenir une bonne activité de la fonction ovarienne. Si par coït frauduleux, cette fonction ovarienne périclité, cette dysovarie retentit sur l'équilibre neuro-endocrinien et la fonction thyroïdienne en particulier. »

Dans l'hyperthyroïdie déclenchée par la pratique des fraudes anticonceptionnelles, tous les degrés peuvent être observés (chacun réagissant vis-à-vis des endocrinopathies avec son

tempérament, son milieu humoral et ses antécédents), l'exaltation du nervosisme croissant en général en raison directe de la diminution des règles. Pour les formes graves, on peut invoquer une prédisposition surajoutée à faire de l'instabilité thyroïdienne. « Une fois, à la consultation d'endocrinologie de Beaujon, dit Sédillot, il m'a été donné d'observer une maladie de Basedow complète, pouvant très vraisemblablement relever de cette cause ⁽¹⁾. »

Nous espérons que l'on sera convaincu de l'existence du syndrome des fraudeuses quand on aura remarqué, comme nous l'avons fait, la fréquence des troubles nerveux survenant vers 35 ans chez des femmes antérieurement bien portantes. On le soupçonnera surtout quand on apprendra, chez une femme dont le dernier enfant a, par exemple, 6 ans, que les troubles nerveux remontent à quatre ou cinq ans et que les règles ont diminué progressivement de durée depuis la dernière naissance ⁽²⁾. Et ce soupçon se changera en certitude quand on obtiendra un résultat favorable par les très simples moyens thérapeutiques que nous avons exposés.

Ainsi, nous pourrions conclure avec Sédillot : « Chez la femme mariée, il n'est pas de trouble ovarien ni même plus généralement de trouble endocrinien qu'on puisse étudier sans savoir exactement quelle est la vie sexuelle de cette femme. »

*
* *

Nous avons vu au chapitre II les *troubles carentiels causés par le célibat*. Nous avons trouvé dans celui-ci les *troubles*

(1) (Observation n° 497 des dossiers de fiches de la consultation) « Mlle M..., 28 ans, vient consulter le 18 février 1926 pour une maladie de Basedow complète, typique, dont les premiers symptômes remontent seulement à six mois... Cette jeune femme m'apprend que, depuis un an, elle vit maritalement avec un nouvel ami; que celui-ci ayant l'habitude d'employer des préservatifs, elle ne prend plus son injection vaginale que le lendemain matin des rapports, alors qu'antérieurement, pendant des années, elle avait toujours pris ses injections aussitôt après le coït... »

(2) Nous avons également retrouvé ce syndrome chez des femmes ayant subi un curetage et qui redoutaient une deuxième intervention.

par non-absorption. Ils ne sont point négligeables. En effet, la femme insatisfaite, frustrée de la phase physiologique la plus utile du coït, l'imprégnation séminale, peut être considérée comme plus anormale que la vierge ou la femme à l'état de repos sexuel complet, puisqu'elle est privée des conclusions naturelles d'un acte dont elle a subi les prémisses...

Et certains ne manqueront pas de demander avec effroi : Verrons-nous un jour la carence sexuelle s'ajouter à la longue liste des maladies par carence ? (!)

IV. — Morale.

« Si l'on considère d'une part que le principal rôle biologique de la femme est la conservation et la perpétuation de l'espèce, rôle qu'elle ne peut remplir sans l'apport spermatogénétique, d'autre part les modifications de son état dès qu'elle commence à être apte à la fécondation (puberté) ou qu'elle cesse de l'être (ménopause), nous ne saurions nous étonner que tout acte qui l'aide à accomplir ces fonctions de maternité s'accompagne de phénomènes ayant sur son organisme la plus grande influence. » (Dalché.)

Zola, dans *Fécondité*, a longuement insisté sur cette idée que « les pratiques anticonceptionnelles ruinent la santé de la femme ».

La médecine, la morale, toutes les religions, ont condamné les fraudes.

L'abstinence est peut-être un mal, elle est certainement moins néfaste que l'amour détourné de ses voies naturelles. Au moment où tous les peuples s'émeuvent de la diminution des naissances, il serait peut-être bon de faire remarquer que parallèlement nous assistons à une vague croissante du nervosisme féminin. La cause n'en réside sans doute pas uniquement dans la vie plus trépidante qu'autrefois. Si ce manque d'équilibre nerveux, si ce nervosisme de la femme contemporaine fait de jour en jour un inquiétant progrès, — interrogez les psychiatres — les causes en sont certainement plus profondes.

« La femme, une fois mariée, ne doit plus revoir ses règles. Elle doit être constamment enceinte ou nourrice. »

A côté de cet aphorisme tendancieux du professeur Pinard, citons les sages paroles de Petit-Dutaillis :

« L'exercice fonctionnel normal est nécessaire à l'entretien d'un organe et de sa fonction, autrement il s'atrophie ou se dystrophie.

» La stérilité voulue, c'est-à-dire la menstruation qui se répète alors qu'elle ne devrait pas avoir lieu, engendre — par l'inutilisation des endocrines destinées à la grossesse, cause même du molimen menstruel — un état d'intoxication chronique...

» L'hématorrhée menstruelle n'est qu'un émonctoire insuffisant, et l'on ne saurait trop insister sur les fâcheuses conséquences de l'intoxication menstruelle trop répétée, du défaut de grossesse : adénome utérin, vieillissement prématuré, général et surtout génital, sclérose utéro-ovarienne précoce, avec laquelle le fibrome cousine quelque peu par l'intermédiaire de l'hypertension artérielle... Stérilité définitive !

» La femme tout entière n'est organisée qu'en fin de grossesse; la non-reproduction ou l'insuffisance de reproduction vicie tout son métabolisme. »

La grossesse, c'est l'épanouissement complet de la femme, c'est le remède à la plupart de ses troubles fonctionnels; et ces conclusions tendent à vérifier une fois de plus le vieil adage :

« violez la nature, elle se vengera. »

CHAPITRE IV

ESSAI D'INTERPRETATION

« Une idée scientifique vaut par les questions qu'elle suggère plus que par les problèmes qu'elle résout. »

(PÉZARD.)

I. — Exposé de la question.

Nous avons essayé d'expliquer à la lumière de la théorie de la résorption spermatique les troubles carentiels et les effets du mariage. Notre tâche n'est pas terminée.

Avant d'énumérer les différents cas dans lesquels on applique l'opothérapie orchitique, nous voudrions justifier l'emploi de cette opothérapie « de remplacement », autrement dit voir si elle peut agir, et comment elle agira.

La complexité des problèmes qui s'offrent à nous nous permet presque toujours d'édifier une argumentation possible à quelque thèse que ce soit — les rhéteurs nous l'ont amplement démontré quand ce ne furent pas les hommes politiques. Mais la rigueur scientifique ne saurait se satisfaire d'une vaine rhétorique.

Nous dirons donc : résoudre complètement cette question est actuellement impossible.

En effet, on ne peut le faire sans connaître parfaitement la fonction endocrine des testicules, et ceux qui s'occupent de la question savent à quel point s'opposent les diverses théories émises à ce sujet !

Comme le dit le professeur Hallion dans la préface du livre de Cuny et Quivy : *Données actuelles sur l'hormone testiculaire* (1932) :

« Tandis que l'on s'ingéniait de toutes parts à instituer des

procédés pour extraire de certains organes endocrines leurs substances actives pour en éprouver les propriétés, la recherche de celles que secrète le testicule semblait jusqu'à une époque récente solliciter médiocrement les efforts des physiologistes... Cette étude n'a conduit jusqu'à ces derniers temps ni à une séparation systématique de l'hormone testiculaire ni à l'utilisation de méthodes permettant de la caractériser et d'acquérir à son sujet des notions comparables, par leur précision, à celles que l'on possède à présent sur les substances actives contenues dans certains organes... »

C'est ainsi que la sécrétion du testicule, quoique ayant fourni l'un des premiers exemples de sécrétion interne, est restée moins bien connue, quant aux propriétés de son principe actif, que certaines autres moins anciennement employées, telles que les sécrétions de la thyroïde, des surrénales, du pancréas et même de l'ovaire.

Nous allons donc essayer de donner l'explication la plus plausible à l'heure actuelle, les faits n'en demeurant pas moins acquis.

Avant d'entreprendre cette étude, nous devons retenir que l'imprégnation spermatique est le meilleur excitant de la fonction ovarienne, puisque celle-ci varie en plus ou en moins suivant que l'I. S. se réalise pleinement ou ne se réalise pas; et d'autre part que cette I. S. mâle de la femelle contribue à maintenir au cours de la vie génitale une bonne activité de la fonction ovarienne.

La femme aurait donc fréquemment besoin pour maintenir son équilibre endocrinien d'un apport mâle. *Cet apport est-il spécifique ou est-il aspécifique ?*

Autrement dit, quand l'organisme féminin réclame pour réaliser son intégrité fonctionnelle un apport mâle et ne peut la réaliser que par cet apport d'une hormone du sexe opposé, reçoit-il dans cet apport un complément homologue ou au contraire hétérologue ?

En d'autres termes, *y a-t-il analogie ou y a-t-il antagonisme entre les hormones génitales des deux sexes ?*

II. — Conceptions actuelles sur les hormones testiculaires.

Nous ne nous attarderons pas sur la physiologie du testicule, l'étude de la sécrétion testiculaire n'étant pas encore au point.

« Qu'il existe une hormone testiculaire, sinon plusieurs, disent Cuny et Quivy, que l'on confond sous cette dénomination faute de savoir les discriminer avec certitude, c'est une notion depuis longtemps incontestable... Mais l'accord n'est pas fait, tant s'en-faut, sur le siège précis de la sécrétion interne, dans le testicule même... Ce chapitre de l'endocrinologie est en pleine évolution et la littérature touffue qui s'y rapporte se montre très riche en opinions inconciliables... »

Qu'il nous suffise donc de savoir que deux théories sont en présence : celle qui reconnaît au tissu interstitiel du testicule le rôle de glande endocrine et celle qui ne l'admet pas.

Ancel et Bouin ont soutenu la première hypothèse. Leur conviction repose sur l'aspect morphologique et le comportement des cryptorchides, l'action de la ligature des canaux déférents, l'injection de substances sclérosantes dans la tête de l'épididyme, l'irradiation des testicules par les rayons X, etc. Leur doctrine a été admise par Steinbach, Tandler, Grosz, Sand, Lipschütz, Thorek, etc.

D'autres auteurs, et en particulier Kohn, Benda, Stieve, de Winnimarter, Walker, Kudrjaschaw, Ritterer, n'estiment pas que les cellules interstitielles contiennent l'unique source de l'hormone, à l'exclusion du tissu germinal, ou même ils ne leur accordent qu'un rôle trophique. En outre, Pézard et Champy ont nié la valeur démonstrative des observations et des expériences de Bouin et Ancel et de leurs élèves. Enfin, Gley pense également que « la dualité fonctionnelle n'implique pas nécessairement une dualité morphologique ». Pour lui, les cellules séminales seraient à la fois exocrines et endocrines; les cellules interstitielles préexistant à la puberté, qui s'accompagne au contraire de modifications des cellules séminales.

En outre, parmi les tests physiologiques utilisés pour l'étude de l'hormone testiculaire, aucun ne semble résoudre le problème.

La question n'est donc point encore résolue. Retenons simplement que l'hormone mâle se rencontre dans le sang, comme l'ont démontré Caridroit et Pézard.

III. — Faits d'antagonisme sexuel.

Nous allons rappeler ici les faits qui semblent indiquer qu'il existe un antagonisme fonctionnel entre les glandes génitales des deux sexes (1).

A. — HERMAPHRODISME EXPÉRIMENTAL.

Les principaux arguments qui plaident en faveur de l'antagonisme sont :

- a) Les résultats de certaines expériences de parabiose;
- b) Le free-martinisme (chez les bovidées, la génisse jumelle d'un mâle présente un moindre développement des caractères femelles et reste stérile s'il y a eu communications vasculaires entre les deux circulations fœtales; on en a conclu que l'hormone mâle masculiniserait la femelle);
- c) Les changements de sexe après castration (dans certaines espèces, il arrive que les animaux aient une gonade en plein fonctionnement et une gonade de l'autre sexe en non-activité; par exemple, la poule possède en plus de son ovaire gauche un testicule droit rudimentaire; si on supprime l'ovaire, ce testicule se développe et la bête se masculinise; l'ovaire, glande principale, inhiberait le testicule, glande accessoire);
- d) La difficulté de réussir des greffes de gonades d'un sexe à l'autre;
- e) La possibilité de les réussir si le récepteur est castré (Steinach).

(1) On trouvera les détails concernant la question dans les comptes rendus des séances de la Société de biologie et un excellent résumé dans les travaux de Vignes : *Bulletin général de thérapeutique* (mai 1926) et *Physiologie gynécologique* (Masson, édit.).

Il semble donc qu'on puisse supposer un effet d'antagonisme entre les sécrétions des deux gonades.

B. — MASCULINISATION PAR LES HORMONES SPERMATIKES.

L'injection d'extrait testiculaire ou de sperme à des femelles a pu parfois favoriser chez elles l'apparition de caractères sexuels mâles.

On sait que Walker (*Lancet*, 8 mars 1908), ayant pratiqué chez des poules des injections d'extrait testiculaire de coq, a vu au bout d'un certain temps les crêtes des poules s'accroître, jusqu'à atteindre 8 fois leur volume primitif; en même temps, ces poules cessèrent de pondre et prirent le comportement du coq. Un mois après qu'on eût cessé les injections testiculaires, les crêtes étaient redevenues à leurs dimensions antérieures.

Goetsch (*Bull. of the John Hopkins Hosp.*, 1916) et Laqueur (*Hormone sex. fém. Münch. med. Woch.*, 1927) ont remarqué que les extraits de corps jaunes accéléraient la croissance des jeunes femelles du rat et retardaient le développement sexuel des mâles.

Picado, de Costa-Rica (Comm. à la Soc. de biol. de Paris, 1922), a fait avorter les bourgeons floraux d'un lot de tiges florifères de lis par injection de quelques gouttes d'un extrait de pollen homologue à la base des bourgeons naissants. Dans le groupe des lis témoins ou dans un autre groupe de lis injectés avec de l'extrait de pollen d'une autre espèce, aucun avortement ne fut constaté. Il s'agirait là d'une véritable castration bilogique, qui semblerait démontrer que l'antagonisme des hormanes mâles et femelles est un phénomène général.

C. — STÉRILISATION PAR LES HORMONES SPERMATIKES (1).

On a depuis longtemps remarqué que l'excès de rapports sexuels n'est pas un facteur de fécondité; au contraire, on

(1) Une remarquable mise au point de cette question a été faite par le pro-

admet communément que les femmes « hystériques », au sens populaire du mot, sont stériles, alors que les épouses trop sages « accrochent l'enfant à tous les coups ». Ainsi, la sagesse villageoise recommande aux jeunes ménages trop longtemps stériles de se séparer pour un temps, après quoi l'enfant attendu viendra au foyer.

Ainsi s'expliquerait, d'après Vogt, nombre de grossesses de guerre.

Cette conception peut également s'appliquer à la stérilité professionnelle des prostituées, qui ne peut relever exclusivement de moyens anticonceptionnels ni de cervicite chronique. Joignez à cela que leur profession les empêche souvent d'éviter l'imprégnation spermatique et que cette imprégnation est effectuée par la plus grande variété d'échantillons masculins. On ne peut imaginer de meilleures conditions d'immunisation contre la maternité.

Il existe, d'autre part, des cas de stérilité féminine guéris par homothérapie maritale (véritable désensibilisation).

Les produits spermatiques résorbés peuvent donc, dans certains cas, immuniser l'organisme féminin.

Ainsi, l'organisme féminin, bien que restant réceptif au sperme dans la majorité des cas, devient quelquefois en quelque sorte vacciné contre l'arrivée des spermatozoïdes.

L'existence dans le sang féminin ou plus généralement dans le sang de la femelle de produits spermotoxiques pouvait donner à cette conception tirée de la clinique un appui scientifique incontestable :

Van der Dyck, examinant le sérum de femmes stériles pour lesquelles aucune explication de la stérilité n'était plausible, a trouvé que dans ces ménages (que faute de mieux on appelait « mauvais attelage », puisque chaque conjoint pouvait procréer dans une union nouvelle) le sérum de la femme agglutinait les spermatozoïdes maritaux.

fesseur A. Lafont au VI^e Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, Bruxelles, octobre 1929 (2^e rapport sur les Indications et techniques de la stérilisation chez la femme). Nous y ferons de nombreux emprunts.

Farnum démontra que des lapines auxquelles était injecté du sperme ou des émulsions de testicules de chien, de taureau ou d'homme élaboraient dans leur sang des précipitines antisperme.

Metchnikoff et Landsteiner ont trouvé dans le sang de lapins injectés de sperme des substances spermatotoxiques.

Ces recherches ont été contrôlées depuis par la majorité des auteurs qui se sont occupés de cette question.

Ces conceptions peuvent se schématiser de la façon suivante :

a) La femelle vierge ou féconde est réceptive pour le spermatozoïde;

b) Certaines femelles stériles paraissent immunisées contre les spermatozoïdes.

Dittler, en 1920, commença la publication de ses expériences, qui forment l'ossature de la partie expérimentale de la question.

Il injecta à diverses reprises par voie veineuse du sperme de lapin à des lapines ayant déjà procréé. Dans quelques cas, les lapines formèrent dans leur sang des produits spermatotoxiques, et leur sérum agglutinait les spermatozoïdes et les tuait rapidement. Il rendit ainsi des lapines stériles pour des durées variables suivant le nombre d'injections faites. Cette réaction était limitée aux injections de sperme de la même espèce. Les femelles en expérience avaient des corps jaunes normaux et une ovulation normale. Dittler considère qu'il s'agit d'une réaction d'immunité.

Mac Cartney obtint les mêmes résultats sur des rates avec du sperme de rat. Il insista sur le fait que le cycle sexuel des femelles en expérience, non plus que leur manière de se comporter vis-à-vis du mâle, ne furent altérés.

Castoro, en 1926, en utilisant plusieurs groupes de cobayes conclut de ses expériences que :

1° le sperme injecté à la femelle de la même espèce augmente la période de stérilité temporaire;

2° avec des injections répétées, l'on produit un état de cachexie protéinique.

Enfin, Woldemar Reiprich (Influence de l'hormone sexuelle masculine sur les organes génitaux de la femme et sur l'évolution de la gestation, *Arch. für Gyn.*, juin 1929), en greffant au niveau du péritoine de lapine des testicules de lapins, constata qu'après cette opération il n'y a jamais de gestation.

Si l'implantation de testicules a lieu sur des femelles pleines (du treizième au dix-huitième jour de la gestation), la gestation est arrêtée et il en résulte une stérilité consécutive. Si l'on substitue l'extrait testiculaire aux testicules, le moment de la conception n'est que retardé et la gestation n'est pas arrêtée.

Kovacs avait obtenu des résultats semblables sur des rats. Cependant, malgré la greffe, quelques rates devinrent enceintes.

Kostromin et Kartasher, de 1924 à 1927, poursuivirent avec succès en Russie leurs recherches expérimentales. Ils eurent des résultats positifs avec des spermes hétérogènes.

Nous ne tarderons pas à être fixés sur l'emploi du procédé chez la femme, puisque le Gouvernement de la Russie soviétique reconnaît la détresse économique comme une indication de la stérilisation, et que Kalpikow aurait préparé un vaccin standard composé de spermatozoïdes pour amener une immunité active contre la conception, ainsi qu'un sérum spermo-toxique pour provoquer une immunité passive dans le même but. Certaines expériences auraient donné jusqu'à 92 p. 100 de succès chez la femme.

... « C'est ainsi, comme le déclara P. Vachet, qu'un jour viendra peut-être où le contrôle des naissances, officiellement admis dans certains pays, s'universalisera et où l'injection préventive consacrera la disparition des officines si dangereuse des faiseuses d'anges. »

Quoi qu'il en soit, de toutes ces expériences, retenons simplement que :

1° Les résultats sont variables suivant les animaux étudiés;

2° La préparation du produit employé ne semble pas avoir beaucoup d'influence sur les résultats (sperme vivant; sperme aux éléments morts; sperme stérilisé par le formol; spermatozoïdes lavés, broyés, etc.);

3° Il en est de même de la voie d'introduction du produit injecté (intraveineuse, intrapéritonéale, sous-cutanée ou intramusculaire);

4° L'immunité produite par les injections de sperme est indéniable, mais son mécanisme et ses moyens de vérification par le laboratoire sont encore discutés;

5° Les résultats obtenus sont intéressants (stérilités temporaires de six à huit mois couramment obtenues, paraissant susceptibles d'être augmentées par la répétition des injections);

6° Les femelles ainsi immunisées peuvent ensuite procréer des produits absolument normaux;

7° Cette méthode ne donne jamais d'accidents si l'on utilise des doses moyennes (il est d'ailleurs possible de régler de très près la technique de la méthode et de dénombrer les spermatozoïdes injectés, 60 à 180 millions, en 2 à 6 injections séparées); les doses fortes et répétées conduisant à la « protéinokachexie » de Dittler.

On peut donc conclure de ces expériences que les résultats sont en général plus nets avec des greffes — ce qui est normal —, mais qu'on les retrouve identiques à des degrés moindres avec des injections de sperme ou d'extraits testiculaires.

En outre, on doit retenir que la stérilité n'est pas due à une défectuosité de l'ovule causée par la sécrétion testiculaire, qu'il ne se produit pas de modifications anatomiques ni fonctionnelles de l'appareil génital et que les extraits vendus dans le commerce n'ont jamais (même en piqûres) stérilisé temporairement la femme (1).

(1) Nous rapportons plusieurs observations de femmes devenues enceintes à la suite d'un traitement par les extraits orchitiques.

D'ailleurs, beaucoup d'auteurs, d'accord avec Turenne, pensent que la stérilisation est due à l'établissement d'un état humoral spermatotoxique et qu'il ne s'agit pas là d'une preuve d'antagonisme sexuel.

IV. — Faits d'analogie.

Contrairement à ce que nous venons de voir, certains faits tendraient à démontrer qu'il n'existe pas d'antagonisme fonctionnel entre les glandes génitales des deux sexes.

A. — HERMAPHRODISME SPONTANÉ.

Les faits d'hermaphrodisme vrai démontrent que rien ne s'oppose à la coexistence, chez un même individu, de cellules génératives propres aux deux sexes et de certains caractères sexuels secondaires, morphologiques ou physiologiques.

L'hermaphrodisme, infiniment rare chez l'homme et les mammifères, est normal chez certaines espèces d'invertébrés. Il est donc possible que l'organisme héberge à la fois un testicule et un ovaire, et il n'y a pas d'antagonisme absolu entre ces deux glandes.

Pour Biedl, la gonade primitive serait bisexuelle, et il suffirait qu'un peu de tissu endocrinien de l'autre sexe persiste après la bifurcation sexuelle pour causer l'anomalie. Pour Steinach, la gonade primitivement asexuée serait susceptible de mal se différencier, en sorte que des cellules endocrines de l'autre sexe arriveraient à exercer leur influence hormonique sur le corps. Witschi a rapporté des cas d'hermaphrodisme où, d'un côté, on observe les organes d'un sexe et, de l'autre, les organes de l'autre sexe (1).

(1) Certains auteurs ont supposé que l'homosexualité résultait parfois d'une sorte de pseudo-hermaphrodisme congénital. Par exemple, chez l'homme, par l'inclusion dans le stroma testiculaire de cellules ovariennes aberrantes. Ils condamnent ainsi l'opothérapie hétéro-sexuelle par crainte d'inversion. Ces arguments ne sont que théoriques et sont démentis par l'expérimentation.

B. — POSSIBILITÉ DE RÉUSSIR DES GREFFES CROISÉES.

Nous avons vu qu'il est difficile de réussir des greffes de gonades d'un sexe à l'autre et qu'il est possible de les réussir si le récepteur est castré, ce qui permettrait de supposer un effet d'antagonisme entre les deux sécrétions.

Cependant, plusieurs auteurs ont récemment pu faire coexister les deux glandes, ce qui tendrait à démontrer que les résultats dépendent surtout de la technique employée ⁽¹⁾. Dans ces cas, le testicule fonctionne et l'ovaire aussi. La tendance à la maturation folliculaire est encore plus marquée que dans les greffes homosexuelles, mais il n'y a jamais de corps jaune.

Knund Sand suppose que dans chaque être circulent certaines substances nécessaires aux glandes sexuelles. Donc, si on greffe à un animal normal une glande surnuméraire, celle-ci ne survit pas, non parce qu'il y a antagonisme, mais parce que, momentanément mise en état d'infériorité, elle ne s'approprie pas les substances nécessaires qui sont accaparées par les glandes « indigènes ». Tandis que si l'on greffe simultanément chez un animal castré ovaire et testicule, les deux glandes peuvent prospérer, puisqu'elles ont des chances égales de prélever ce dont elles ont besoin. Et, en pratique, il obtint souvent de bons résultats par cette méthode.

Chez ces animaux greffés, on voit les caractères sexuels mâles et femelles croître et fonctionner normalement. Ils manifestent alternativement les instincts des deux sexes; parfois les deux instincts peuvent même se produire presque simultanément (Pezard). Si, par suite, on enlève une des deux glandes, les caractères sexuels correspondants disparaissent aussitôt.

En outre, Knund Sand a obtenu des résultats durables en transplantant l'ovaire dans le testicule.

Dans ces cas, Pettinari croit que le succès tient à ce que

(1) Lipschütz a noté que les greffes prennent plus vite au Chili qu'au Danemark.

le testicule est lésé et mis en état d'infériorité par l'opération. En outre, il a constaté comme Lipschütz que le développement de la greffe ovarienne et l'effet hormonique de celle-ci sont plus grands si l'un des testicules a été enlevé et surtout s'il ne reste qu'un fragment de testicule. Cette action inhibitoire n'est pas spécifique, et un *ovaire greffé chez une femelle ne produit son effet hormonique que si l'ovaire primitif a disparu*.

Le cas est donc le même que l'on veuille greffer de l'ovaire ou du testicule, pour peu qu'il reste un fragment de gonade fournissant à l'organisme la quantité d'hormones nécessaires à ses besoins. Il n'y aurait donc pas antagonisme entre les gonades des deux sexes, mais plutôt entre la gonade greffée et la gonade *in situ*, et l'insuccès des greffes serait un fait plus général qu'une question d'antagonisme d'un sexe à l'autre.

En règle générale, une glande endocrine ne peut être greffée que si l'organisme est en état de carence hormonique absolue ou relative respectivement à elle (1). Pour Pettinari, l'organisme a besoin d'une hormone sexuelle; or, si l'hormone de chaque sexe est spécifique quant à son action sexuelle, elle est jusqu'à un certain point spécifique quant à son action sur l'équilibre endocrinien de l'organisme.

Ainsi, non seulement il n'y aurait pas d'antagonisme entre les glandes sexuelles, mais même on peut se demander s'il n'y aurait pas équivalence entre les deux sécrétions, en ce qui concerne leur retentissement sur l'état général.

C. — EFFETS DE SYNERGIE.

On a vu que les injections d'extrait testiculaire ou de sperme à des femelles peuvent parfois les masculiniser ou les rendre momentanément stériles.

(1) Il faut également savoir que l'injection d'extrait spermatique à des mâles peut entraîner l'involution du testicule sans nuire au développement des caractères sexuels secondaires (Hérédia, Action opothérapique du testicule, *C. R. Soc. biol.*, 1926) comme si l'organisme ne pouvait utiliser et tolérer qu'une quantité donnée d'incrétion génitale.

Inversement, Fellner a noté que les injections d'extrait testiculaire peuvent déterminer une congestion de l'utérus. Par injection de lipoides testiculaires à des femelles entières, il a obtenu les mêmes effets d'hyperémie génitale que par les lipoides ovariens. Ce résultat n'a pas été retrouvé par Frank et Gustavson chez la femelle castrée.

Pouchet, Guy Laroche, Paillée et Camus ont remarqué que l'extrait testiculaire augmentait les échanges respiratoires chez la femme aussi bien que chez l'homme. Ils ont vérifié ce fait par l'évaluation du métabolisme basal en série. En outre, M. André Choay nous a signalé l'augmentation du métabolisme basal du chapon sous l'influence de son extrait orchitique injectable et, pour des doses très faibles, une diminution très marquée de la courbe de régression de sa crête (thèse Aude, *Influence de l'hormone testiculaire sur les échanges respiratoires chez les gallinacés*).

Gley, sur l'application de l'opothérapie testiculaire à la femme, conclut :

« 1° L'ovaire ne possède pas une action dynamogénique égale à celle du testicule et ne semble pas apte à maintenir aussi bien le niveau des énergies nerveuses;

» 2° Quand la vie sexuelle s'éteint chez la femme, la vieillesse s'empare de tout son être plus vite et plus complètement qu'elle ne s'empare de l'organisme masculin;

» 3° L'opothérapie ovarienne ayant une médiocre valeur dynamogénique, mieux vaut s'adresser à l'opothérapie testiculaire;

» 4° L'opothérapie testiculaire est préférable à la greffe, qui ferait courir un risque de virilisation. »

Enfin, tout récemment, Frattini et Maino, en injectant la folliculine à des rats mâles impubères ou castrés, ont observé le développement des vésicules séminales et l'apparition de la sécrétion spécifique comme dans les expériences avec l'hormone mâle; et, par contre, injectant l'hormone mâle cristallisée à des rats femelles impubères ou castrées, ils ont observé les phénomènes du rut (déjà signalés par Carminati avec des

extraits testiculaires bruts) et l'hypertrophie de l'utérus comme chez les animaux traités par la folliculine. Ils ont même observé pour chaque hormone une action plus marquée sur le sexe opposé.

V. — Conclusions.

Nous avons vu les faits qui plaident en faveur de l'antagonisme et ceux qui plaident contre. Que conclure ?

Il serait évidemment téméraire de croire que les hormones masculines et féminines sont équivalentes, puisqu'elles confèrent aux sujets des caractères sexuels différents, mais si *les hormones sont spécifiques quant à leur action sexuelle*, elles paraissent être *aspécifiques quant à leur action sur l'équilibre endocrinien de l'organisme*, et au moins *équivalentes en ce qui concerne leur retentissement sur l'état général*. Or, par ce que nous avons vu précédemment, nous pouvons penser que *les hormones masculines sont même plus actives que les hormones féminines*.

D'ailleurs, la plupart des auteurs modernes se rangent à cette conception. Cotte, par le fait qu'il n'y a pas antagonisme entre les hormones des deux sexes, explique qu'on ait utilisé les extraits testiculaires seuls ou associés aux extraits ovariens (*Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*, page 217). Gley, ayant remarqué que, dans la question de la sénescence, les résultats obtenus chez le mâle ont toujours été plus effectifs que ceux obtenus chez la femelle, pense qu'il n'y a que des avantages à se servir chez celle-ci d'extraits testiculaires injectables, plus actifs que les extraits ovariens.

Ainsi, on peut penser que rien ne contre-indique l'emploi de l'opothérapie testiculaire chez la femme. La greffe pourrait être dangereuse par le risque de virilisation qu'elle ferait courir à l'organisme féminin si celui-ci se trouvait en état de carence hormonique, mais l'injection d'extrait testiculaire ne l'est jamais.

Pourtant, on a vu que l'injection d'extrait testiculaire ou

de sperme à des femelles a pu parfois favoriser chez elles l'apparition de caractères sexuels mâles (expériences de Walker sur les poules, etc.). A cette objection, nous répondrons par les renseignements qu'ont bien voulu nous communiquer les laboratoires Dausse :

« Le Sérodausse antitoxisényl (sérum activé de taureau) exerce ses effets dynamogéniques aussi bien chez la vieille femme que chez le vieil homme. Ce fait confirme la notion déjà connue, à savoir que *l'hormone d'invigoration contenue dans le testicule n'a pas de spécificité sexuelle*. Mais nous n'avons jamais observé chez les femmes prenant du Sérodausse antitoxisényl des effets de virilisme tels que le développement du système pileux ou inversion des instincts.

« L'administration de Sérodausse antitoxisényl à des poules castrées fournit des résultats complexes. Très fréquemment, nous avons observé le développement de la crête et une forte combativité. Mais, à l'autopsie des poules ovariectomisées, on trouve du côté droit *un testicule plus ou moins rudimentaire, qui s'est développé à la faveur de l'ovariectomie*. On peut se demander si ce testicule n'intervient pas d'une manière prépondérante dans le développement de la crête et de l'instinct combatif. Cette hypothèse est d'autant plus probable que chez beaucoup de poules ovariectomisées et non traitées par le Sérodausse antitoxisényl *cette gonade suffit pour donner des phénomènes de masculinisation*. »

*
* *

Nous serions tentés d'ajouter C. Q. F. D. Cependant, nous pensons que ce chapitre ne serait pas complet s'il ne mentionnait les théories de Marañon que nous admirons, mais dont nous devons réfuter quelques affirmations.

Les conceptions de Marañon s'accordent d'ailleurs avec les théories modernes. On sait, en effet, que pour lui : le sexe n'est pas un attribut individuel ayant une valeur immuable, mais une valeur évolutive. La sexualité évolue chez tout être humain toujours dans le même sens : du « féminin » vers le

« masculin » avec un rythme, une durée, une intensité, qui, aux diverses phases de l'évolution, varient chez l'homme et chez la femme. En d'autres termes, la différenciation entre l'homme et la femme n'implique pas une valeur sexuelle différente, mais résulte simplement du fait que, dans chacun des deux sexes, la succession des phases de la sexualité ne s'accomplit pas de la même façon : chez la femme, on observe après l'adolescence une longue période de maturité féminine, suivie d'une courte phase viriloïde esquissée et tardive, qui aboutit à la vieillesse. Chez l'homme, la période infantile est suivie d'une phase féminoïde, ébauchée et courte, à laquelle succède la longue étape virile, bien différenciée, qui se prolonge jusqu'à la vieillesse.

« La conception classique du sexe, valeur immuable et non évolutive, et celle qui établit une *opposition* et non une *gradation* entre « féminin » et masculin » ont empêché beaucoup de questions de physiologie et de pathologie sexuelles d'être examinées dans leur complexité, avec une vision claire et sous leur véritable jour; et l'aspect social et moral de ces mêmes problèmes a pour les mêmes raisons été faussement interprété. »

Ceci est parfait, mais s'il est vrai que « la femme sur son déclin acquiert la morphologie et même la psychologie viriloïdes, tandis qu'il est exceptionnel de voir des hommes évoluer vers le type féminoïde », l'*hypertrichose*, qui est pour Marañon « le signe de virilisation le plus fréquent », n'est pas forcément due à la vieillesse physiologique de l'ovaire, vieillesse qui permet à l'organisme féminin de poursuivre son évolution vers le type masculin.

En effet, dans ce cas, l'hormone féminine devrait réprimer les tendances au virilisme et les hormones masculines les accroître. Or, on a pu constater le contraire. Gley préférerait appliquer dans la sénilité liée à la ménopause féminine les extraits testiculaires de préférence aux extraits ovariens, parce que possédant une plus grande valeur dynamogénique que ces derniers; Guy Laroche, à son tour, déclare que l'opo-

thérapie ovarienne ne lui a pas donné de résultats; au contraire, elle « paraît dans certains cas avoir provoqué chez des jeunes femmes une poussée de poils au lèvres et au menton ». Vignes est également de cet avis.

L'opothérapie testiculaire, par contre, retarde par une action identique au mariage l'apparition de la vieillesse. Et ceci concorde avec les conceptions de Gley, qui a remarqué que l'apport dynamogénique du testicule est plus grand que celui de l'ovaire.

Marañon n'a d'ailleurs pas omis de mentionner la déchéance précoce de la femme privée de vie sexuelle active, puisqu'il écrit : « On peut facilement interpréter ces cas en supposant simplement que l'ovaire, n'ayant pas acquis sa complète maturité, faute d'activité sexuelle et maternelle, les influences viriloïdes tardives ont, pour s'implanter, à refouler des résistances moins fortes que chez la femme qui a eu des relations sexuelles, surtout celle qui a eu des enfants. » Et ceci concorde fort bien avec l'idée qui fait de la résorption spermatique un facteur nécessaire à la femme pour garder son équilibre et son type féminin. La virilité précoce des continentales n'aurait pas d'autre cause. D'ailleurs, nous verrons que cette sénilité précoce et les troubles qui l'accompagnent bénéficient de l'opothérapie croisée. La sécrétion testiculaire est donc nécessaire à beaucoup de femmes, et nous savons que son remplacement par des extraits orchitiques ne risque jamais d'accentuer chez elles les tendances au virilisme, au contraire.

Mais là n'est pas l'opinion de Marañon, qui ne croit ni à l'efficacité de l'opothérapie testiculaire en général, ni à son application à la femme en particulier, puisqu'il déclare : « Dans les cas où l'altération nymphomane prendrait naissance dans un trouble ovarien on pourrait extirper l'ovaire malade; mais la castration comme traitement systématique de cette hypersensibilité génitale est en pratique inadmissible. Et encore bien plus l'opothérapie testiculaire proposée par certains qui supposent que l'hormone virile annulerait l'excès de féminité... Si les extraits de testicules étaient efficaces, —

nous savons déjà qu'ils ne le sont presque jamais, — ils empireraient probablement l'hypersensibilité génitale. Schouppe recommande aussi la greffe testiculaire pour combattre la nymphomanie de la jument, qui donnerait selon lui un résultat bien meilleur. »

D'abord, si tous ces traitements sont inadmissibles, nous aimerions connaître celui que propose l'auteur. Tout le monde sait que l'extirpation d'un ovaire kystique a pu supprimer radicalement la nymphomanie. Il y a donc dans ces cas viciation de la fonction ovarienne, et ceci est très fréquent. Or, pourquoi l'opothérapie testiculaire, qui est par excellence le meilleur équilibrant de cette fonction, ne pourrait-elle pas agir ? D'ailleurs, on sait que son action ne se manifeste pas par une action antagoniste, et Marañón ne l'ignore pas, puisqu'il y trouve un argument de plus : « Cette absence d'antagonisme entre les extraits testiculaires et ovariens démontre l'inconséquence scientifique des tentatives d'opothérapie ovarienne essayée à titre de sédatif sexuel sur des hommes très libidineux. Et, parallèlement, l'opothérapie testiculaire apparaît aussi peu fondée dans le traitement de la nymphomanie. »

Les extraits ovariens ayant un faible pouvoir dynamogénique, leur action chez l'homme est évidemment très discutable, puisqu'ils ne peuvent, comme le dit Person, maintenir le niveau des énergies nerveuses. Nous n'en dirons point autant des extraits testiculaires chez la femme. La preuve, c'est que la nymphomanie se rencontre souvent dans la continence brusque et forcée et que, dans beaucoup de cas, elle est calmée au moins momentanément par le coït. Nous ne voyons pas d'ailleurs pourquoi la greffe testiculaire agirait, tandis que les extraits testiculaires seraient inactifs, puisque ceux-ci ont un pouvoir moindre, mais identique.

Enfin, Marañón croit à l'efficacité des extraits ovariens et à l'inefficacité des extraits testiculaires. Il reconnaît cependant avoir obtenu avec Palicios de bons effets de préparations testiculaires fraîches. A ceci nous répondrons que Wis-

lanski et Hoffmann ont montré que leur action est identique, que leur préparation soit fraîche ou qu'ils proviennent de spécialités existant dans le commerce.

Mais Marañon ajoute : « Cependant, je n'ai pas d'expérience personnelle sur ce point... »

**

Après les théories de Marañon, il nous paraît intéressant de citer les curieuses remarques de quelques expérimentateurs.

On sait que l'opothérapie ovarienne n'est pas spécifique et que le réflexe sexuel des animaux châtrés peut être excité non seulement par l'extrait testiculaire, mais aussi par l'extrait ovarien, ce qui ne fait que confirmer l'absence de spécificité des hormones mâles et femelles.

Mais, si l'on en croit certains auteurs, le manque de spécificité des hormones s'étendrait beaucoup plus loin.

Divers expérimentateurs ayant recherché l'hormone testiculaire dans divers organes (épididyme, vésicules séminales, prostate, foie, rein, pancréas, thyroïde, encéphale, ovaires, placenta) ne l'auraient retrouvée que dans le sang et l'épididyme. Mais, parmi ceux-ci, certains ont découvert une substance ayant les propriétés de l'hormone testiculaire dans l'urine de l'homme, d'où ils ont pu l'extraire (Løve, Voss, Lange, Wahner, Funk, Münch), et même dans les fleurs mâles de *salix caprea*.

Ils ont également démontré que le sang des mâles et leurs testicules contiennent des corps ayant les mêmes propriétés que les hormones femelles, et ils ont retrouvé dans l'urine masculine de la thélykinine (hormone sexuelle femelle).

Allen et Doisy ont extrait du placenta une substance qui donne des effets analogues à ceux des extraits ovariens. En outre, on a extrait des substances analogues à l'extrait ovarien de divers produits : kystes de l'ovaire, fibrome, muqueuse utérine pendant le rut, etc.

Enfin, Schickelé, dans les troubles vaso-moteurs postopératoires : l'obésité, les insomnies et les crises sudorales de la

ménopause, a obtenu des résultats identiques en employant soit des extraits ovariens totaux, des extraits de corps jaune, de placenta, de testicule, d'utérus, de fibromyome, de glande mammaire. Il conclut que la *spécificité de l'organothérapie, telle que nous croyons la pratiquer aujourd'hui, est plus que discutable.*

★★

Joyet-Lavergne va encore plus loin, et pour lui les caractères hormonaux ne sont que des manifestations secondaires de la sexualité. Ils expriment un certain état physiologique qui est sous la dépendance des qualités physico-chimiques des cellules (Joyet-Lavergne : *La théorie physico-chimique de la sexualité*, Doin, éd.). « Les hormones représentent seulement une des formes de l'activité physiologique. et nous ne leur accordons pas *a priori* une importance plus considérable que celle qu'il convient d'attribuer aux autres différences sexuelles physico-chimiques, à la différence sexuelle de la teneur en graisse du sang par exemple.

« La conception hormonale, en essayant de ramener l'interprétation des diverses manifestations de la sexualité au simple jeu des hormones, fait une généralisation prématurée puisqu'elle veut appliquer à l'ensemble des êtres vivants les résultats obtenus chez les vertébrés supérieurs. Cette généralisation hâtive nous paraît en outre dangereuse, car, loin de stimuler les recherches, elle fournit fréquemment une explication commode, qui peut nuire aux progrès de la science.

» Il est toujours facile d'imaginer l'existence d'une hormone à laquelle on peut attribuer toutes les qualités utiles pour expliquer des faits constatés...

» L'organisme mâle ou femelle assure la genèse ou le développement des spermatozoïdes ou des ovules parce qu'il réalise en lui, à un moment donné de son évolution, les conditions physico-chimiques précises qui assurent la polarisation des cellules germinales vers le sens mâle ou vers le sens femelle. Si un organisme est capable de réaliser en lui, soit

simultanément, soit successivement, les conditions de polarisation vers l'un et vers l'autre sexe, il constitue un type hermaphrodite... L'inversion sexuelle est donc un phénomène parfaitement réalisable... Pour qu'un organisme mâle se transforme en organisme femelle, il faut que cet organisme réalise en lui des conditions physiologiques nouvelles quant au métabolisme des lipides.

« Champy a décrit le renversement du sexe d'un triton, qui s'effectue précisément dans les conditions que nous venons d'indiquer. L'animal était un mâle complet et normal; il avait fécondé des œufs qui étaient devenus des têtards normaux. Un jeûne sévère au moment de la spermatogénèse provoqua chez lui la régression du testicule et l'apparition d'un ovaire tout à fait typique... »

On a cité des faits semblables de changements de femelles en mâles. En outre, Witschi a transformé des larves femelles de grenouilles en mâles en les plaçant dans des conditions appropriées.

Ainsi, pour Joyet-Lavergne, « l'augmentation des oxydations intracellulaires est un des caractères de la polarisation sexuelle dans le sens mâle, et, inversement, une diminution de ces oxydations est un caractère de polarisation dans le sens femelle ». L'hydratation, augmentant les oxydations, polarise l'œuf dans le sens mâle, et la déshydratation, qui diminue les oxydations, le polarise dans le sens femelle. Divers travaux ont confirmé ces conclusions.

Composition et valeur dynamogénique des extraits orchitiques.

Devons-nous rester sceptiques devant ces notions d'avant-garde ou essayer de les interpréter ?

Ne voulant pas aborder une discussion dont nous ne voyons guère la fin, nous nous contenterons de terminer ce chapitre en montrant que dans le seul domaine qui nous occupe — l'opothérapie orchitique — certains, s'accordant avec Schic-

kelé, n'ont voulu reconnaître à l'opothérapie orchitique employée chez la femme qu'une valeur symptomatique banale (action pharmacodynamique propre à tout médicament).⁽¹⁾

Empressons-nous de dire que cette conception peut parfaitement se soutenir et qu'elle permet d'expliquer à ceux qui n'admettent pas la théorie de la résorption spermatique l'action des extraits testiculaires non par leur action complémentaire ou substitutive, mais par leur simple apport dynamogénique ⁽²⁾.

Elle permet aussi d'ailleurs à ceux qui croient à la résorption d'expliquer les bons effets de celle-ci par son apport dynamogénique à l'organisme féminin.

« Un extrait testiculaire, dit Vignes, provient pour une très notable partie des spermatozoïdes et autres cellules de la lignée séminale. Donc, extrêmement riche en *acide nucléinique*, extrêmement riche en *protamine* ou en *histone*, très riche en *lécithine*.

» Point n'est besoin d'insister sur l'effet dynamogénique banal de l'acide nucléinique et de la *lécithine*. D'autre part, il est vraisemblable que la *lécithine* joue un rôle dans le mécanisme de la menstruation (plus d'un demi-gramme de phosphore lipodique pour 100 grammes de poudre de testicule de porc).

» J'estime que ces deux éléments non spécifiques doivent être retenus pour discuter la valeur de la thérapeutique orchitique employée chez la femme. »

Outre la *lécithine* et l'*acide nucléinique* que l'on retrouve dans beaucoup d'extraits glandulaires, les extraits testiculaires contiennent des substances caractéristiques : la *spermatine*, et surtout la *spermine*.

Le phosphate de *spermine*, qui se retrouve dans le sperme de tous les animaux et dont l'activité est identique d'une

(1) Voir *Mode d'action de l'opothérapie* (Introduction).

(2) Voir également (Historique) le cas rapporté par Gley, action dynamogénique du sperme en piqûres.

espèce à l'autre, comme l'adrénaline ou la thyroïdine, possède des propriétés diastatiques. C'est un ferment d'oxydation et un agent de destruction des toxines organiques. « Il exerce, dit Person, une action marquée et rapide sur les troubles que l'on peut considérer comme d'ordre névrosique », et il a constaté qu'il provoquait des modifications de réaction au papier de tournesol des sécrétions vaginales.

Donc, en résumé, on reconnaît, d'après leurs constituants, deux actions principales aux extraits testiculaires : une action tonique et une action oxydante.

Zénope déclare qu'il préfère l'extrait orchitique « aux toniques chimiques quand son emploi est possible ». Il augmente les forces, ce qui explique son action dans les convalescences, et particulièrement dans l'asthénie post-grippale.

De même, pour L. Pascault (*Etats endocriniens*), l'extrait testiculaire est un stimulant nerveux, oxydant et antitoxique; et pour C. Guillaume (*L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques*), il modifie le caractère, empêche le vieillissement prématuré, augmente la force musculaire, l'énergie des contractions cardiaques, l'activité des échanges, abaisse la tension artérielle.

Nous avons déjà vu que Pouchet, Guy Laroche, Paillée et Camus ont montré son action par l'évaluation du métabolisme basal.

A quelle partie de la glande est due l'action des extraits testiculaires ?

Cette question, qui préoccupe beaucoup de thérapeutes, n'offre qu'un intérêt secondaire au point de vue pratique.

En effet, on croyait que l'administration de glandes totales risquait de déterminer à la longue des changements de l'organisme féminin, en l'orientant du côté masculin. Or, on sait qu'il n'en est rien, au contraire. D'ailleurs, nous avons vu que les auteurs n'étaient pas d'accord sur le siège précis de la sécrétion interne du testicule et que pour certains les cellules séminales seraient à la fois exocrines et endocrines.

Nous voulons donc admettre, puisque l'on a obtenu des résultats identiques en employant le sperme ou les extraits testiculaires, et puisque le sperme seul apporte à la femme les éléments qui lui sont nécessaires, que l'action des extraits testiculaires est due à la glande spermatique (exocrine), qui contient la majeure partie des éléments actifs, mais nous ne voyons aucun danger à l'adjonction à celle-ci de la glande interstitielle, même dans un traitement par piqûres.

D'ailleurs, l'expérimentation prochaine des hormones masculines nouvellement isolées et leur utilisation chez la femme éclairera cette question d'un jour nouveau en montrant, sans contestation possible, le principe actif des extraits testiculaires (hormone ou composants non spécifiques).

Nous n'avons pas la prétention de croire qu'il n'y a pas dans cet essai d'interprétation certains points fragiles. Nous croyons surtout que les nouvelles acquisitions scientifiques rendront bientôt nos affirmations puériles, et nous serons heureux de les modifier quand le moment sera venu.

Nous savons que l'on peut se vanter de traiter une même maladie avec les remèdes les plus divers. La diversité des thérapeutiques actives s'explique par le fait que l'on peut obtenir des guérisons en s'attaquant aux causes déterminantes ou aux causes favorisantes. D'ailleurs, on a souvent vu qu'une théorie reconnue plus tard fausse avait entraîné des conclusions thérapeutiques efficaces, et, *vice versa*, on est en droit de dire que l'efficacité d'une thérapeutique ne justifie pas forcément la véracité d'une théorie.

Il n'est pas permis de se montrer sceptique quand on prend conscience des résultats. « Même sans explication, dit Bousquet, il reste les faits, c'est-à-dire quelque chose de beaucoup plus certain que toute théorie si savante soit-elle. Il n'y a pas moins un gros intérêt à se rendre compte si la chose est possible, du mode d'action du remède. »

Mais le mécanisme de la fonction des glandes à sécrétion interne est encore assez mal connu, et « l'opothérapie est à ses premiers balbutiements, ceux-ci pleins de promesses, mais souvent difficiles à interpréter ».

Nous ne savons pas au juste où nous allons avec cette médication. Alors que certains estiment que l'on exagère et que l'opothérapie est un mode de traitement que l'on met un peu trop volontiers à toutes les sauces, il est des esprits très équilibrés qui pensent, au contraire, que nous ne faisons qu'entrer dans ce nouveau domaine, dont la connaissance est pour nous si récente, et que nous serions bien embarrassés, dans certains cas, de la remplacer par autre chose.

Notre connaissance de la composition et des propriétés des hormones est fort loin d'être complète. Leur étude approfondie nous réserve bien des surprises.

CHAPITRE V

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'OPOTHERAPIE ORCHITIQUE CHEZ LA FEMME

I. — Indications.

Pour la commodité de l'exposé, nous devons tenter un essai de classification. Nous n'avons pas besoin d'insister pour que l'on comprenne que cette classification est toute schématique.

Ainsi que le dit Droin : « Tous les syndromes d'hyperovarie, d'hypoovarie, les troubles ménopausiques avec hypergénésie, font une place trop grande à la fonction ovarienne qui n'est pas toujours atteinte — ou qui ne l'est que par l'absence de certains éléments, comme dans le rachitisme expérimental, les lésions osseuses sont déterminées par la carence vitaminique — comme le démontrent les quantités industrielles d'extraits ovariens qu'avaient absorbées les malades sans soulagement. »

Et Porak (*Syndromes endocrines*) insiste : « Je ne suivrai pas ces traités qui divisent les syndromes ovariens en hypofonctionnels et hyperfonctionnels. Gley n'a pas encore été compris de la plupart des médecins qui continuent à adopter ces divisions tout à fait arbitraires. »

Les paragraphes qui vont suivre ne seront que des étiquettes commodes : en pratique, on ne rencontre jamais de cas simples.

A. — ASTHÉNIE ET SÉNILITÉ PRÉCOCE.

La première impression ressentie par les malades traités par les extraits orchitiques est une sensation de légèreté,

d'entrain, d'euphorie. La *fatigue* est supprimée dès les premiers jours et les malades disent qu'ils puisent « une jeunesse nouvelle dans cette médication ». Ce résultat peut s'expliquer par l'effet dynamogénique de l'acide nucléinique et de la lécithine. Cet apport dynamogénique fait dire à Vignes qu'en se mettant à l'abri de la suggestion, on peut traiter avec succès certains cas de *sénilité précoce* chez la femme par l'opothérapie testiculaire.

B. — TROUBLES DES JEUNES FILLES.

Nous avons assez parlé du traitement de la *chlorose* pour n'y pas revenir ici. Retenons que la lécithine est un excitant énergique de la nutrition qui augmente à la fois le taux de l'hémoglobine et le nombre des globules rouges. Desgrez et Taky ont constaté que son emploi entraînait une diminution de l'élimination de l'acide phosphorique et un meilleur coefficient d'utilisation de l'azote.

Qu'il nous suffise donc de savoir que le traitement exerce une heureuse influence sur l'*anémie* des jeunes filles, qu'il améliore très sérieusement leur *état général* et qu'en augmentant considérablement l'*appétit*, il entraîne souvent une *augmentation du poids*.

De même, les *troubles nerveux*, très fréquents à cette époque, ont pu être améliorés. D'ailleurs, pour Sydenham, ils étaient constants dans la chlorose. Trousseau insistait également sur leur fréquence et il les plaçait au premier rang dans le syndrome chlorotique « où il importe de ne placer l'anémie qu'au second plan ». D'ailleurs, pour ce grand maître, « n'est pas chlorotique qui veut »; plus l'apparition des menstrues est tardive et plus facilement apparaît la chlorose. Enfin, il ne faut pas oublier que la masturbation exerce souvent sa fâcheuse influence surtout chez celles qui présentent une constitution chétive, un état général défectueux, que vient aggraver encore un nervosisme intense.

C. — CARENCE SEXUELLE.

« Quand la débilité glandulaire est en cause, dit Humbert, on pourra donner des extraits ovariens, mais le plus souvent l'ovaire garde ses fonctions et l'ovulation se produit rythmiquement. Le mal est dans la carence génitale, et c'est à celle-ci qu'il convient de remédier.

» Nous ne prétendons point que l'opothérapie spermatique transforme (comme une baguette magique) en « jeune femme » une vierge d'âge supportant malaisément l'ennui d'un célibat morose. Elle restera évidemment impuissante à lui communiquer tout ce qui fait l'attrait et le charme de la femme dont la physiologie n'est pas amputée de son rôle sexuel : la flexibilité des mouvements, la grâce des attitudes, l'harmonie du geste, la fraîcheur des téguments, qualités qui atteignent leur summum chez la saine amoureuse dont l'endocrinie ardente et riche déverse dans l'économie de bienfaisantes hormones qui en exaltent toutes les fonctions (1).

» Mais à défaut de cette efflorescence charnelle de la femme pâmée sous les caresses de l'être qu'elle aime, apanage de quelques élues ayant pleinement réalisé leur existence conjugale, celle que la nécessité ou le devoir a contrainte au célibat verra, par l'usage de cette médication, disparaître en partie la grisaille de son corps et de son âme. Cette amélioration ne sera pas toute morale et nous en trouverons sur les traits des visages, par l'état de meilleure nutrition des tissus, le témoignage objectif. Les muscles deviennent plus fermes, la peau plus souple et moins sèche, le tissu cellulaire sous-cutané plus abondant; et le sourire, cette grâce suprême du visage féminin, réapparaît à nouveau sur les traits détendus. Nous avons même à deux ou trois reprises observé une modi-

(1) C'est vrai que l'amour conserve la beauté et que la chair des femmes se nourrit de caresses comme l'abeille de fleurs. » (Anatole France, *Le lys rouge*.)

fication de la voix avec reprise d'une fraîcheur de timbre inusitée. »

L'opothérapie orchitique trouvera donc une indication fréquente dans les *troubles du célibat*; mais on pourra l'appliquer non moins fréquemment dans les *troubles par fraudes* anticonceptionnelles et dans les *cas où le tempérament « ardent » de la femme ne peut s'accorder d'une façon ou d'une autre avec le tempérament « déficient » du conjoint*. Nous retrouverons tout à l'heure une étude plus spéciale des troubles nerveux d'origine carentielle.

D. — TROUBLES DE LA MENSTRUATION.

L'opothérapie orchitique hâte manifestement l'apparition des caractères sexuels secondaires et *régularise les règles*. Nous avons vu qu'elle pouvait avoir une influence sur la maturité de l'*appareil génital hypoplasique*; elle est donc à essayer dans l'*aménorrhée primitive*.

Dans l'*aménorrhée secondaire*, ou l'oligoménorrhée, plusieurs auteurs ont remarqué que l'opothérapie orchitique donne souvent de meilleurs résultats que les extraits ovariens. Cotte, cependant, nous apprend que dans les aménorrhées vraies, rebelles, il n'a obtenu aucun résultat.

Les recherches récentes ont montré qu'un traitement par l'extrait total d'ovaire était illogique. L'ovaire possède deux groupes de propriétés endocriniennes. Les unes assurent le maintien de l'intégrité sexuelle et dépendent de la folliculine, les autres permettent l'accomplissement de la gestation et relèvent de l'hormone lutéale. L'ovaire sécrétant alternativement deux hormones distinctes, pour exercer une action efficace, ces deux hormones doivent se succéder dans un ordre rigoureux. Mises en présence l'une de l'autre dans un organisme, les deux hormones sont antagonistes quand elles existent en certaines proportions.

Or, puisque nous avons vu :

- que, dans les greffes doubles, la tendance à la maturation folliculaire est encore plus marquée que dans les greffes homo-sexuelles;
- que, dans ces greffes doubles, il ne se forme jamais de corps jaune;
- que les extraits testiculaires administrés chez la femelle déterminent une atrophie des corps jaunes;
- et qu'ils interrompent la grossesse au début;
- que les injections d'extraits de corps jaune accélèrent la croissance des jeunes femelles et retardent le développement sexuel des mâles, etc.

Nous avons le droit de penser que *la sécrétion testiculaire est équivalente* quant à ses effets sur l'appareil génital à *la sécrétion folliculaire* et qu'elle est, au contraire, *antagoniste de la sécrétion lutéale*.

Donc, *a priori*, les extraits testiculaires ayant un plus grand pouvoir dynamogénique que les extraits ovariens, l'hormone testiculaire devrait, employée dans les mêmes conditions, avoir une action plus efficace que l'hormone folliculaire (1).

Les expériences n'ont pas encore été tentées sur une assez grande échelle pour que l'on puisse savoir si cette hypothèse est exacte. Cependant, Vignes pense que l'opothérapie testiculaire peut donner de meilleurs résultats que les extraits ovariens « soit que l'extrait ovarien soit de médiocre valeur, soit que l'extrait testiculaire apporte une substance hormonale bivalente en quantité plus grande que n'en peut contenir l'extrait ovarien, soit enfin qu'il n'y ait qu'un effet banal de l'acide nucléinique. »

Quoi qu'il en soit, cette thérapeutique est à essayer au même titre que les autres médications et principalement que

(1) Si l'hormone mâle antagoniste « freinait » la sécrétion ovarienne, comme le pensent certains auteurs (justifiant ainsi son emploi dans l'hypergénésie), comment peuvent-ils expliquer son action dans l'aménorrhée ?

l'hormone préhypophysaire « moteur de la fonction ovarienne ».

Les tendances actuelles qui cherchent à remédier à une insuffisance glandulaire par l'administration d'un extrait d'une autre glande (hypophyse-ovaire, testicule-ovaire, testicule-hypophyse ou surrénale) méritent d'être prises en considération.

D'ailleurs, on sait que Vignes a insisté sur le rôle de la lécithine dans le mécanisme de la menstruation et que la lécithine est un des principaux composants des extraits orchitiques. En outre, Fellner, Brouha et Simonnet ont montré que les extraits testiculaires pouvaient déclencher l'œstrus chez la femelle castrée ou impubère en provoquant une hyperémie génitale intense. Les rapports normaux n'agissent pas autrement, ce qui a inspiré à Cattier l'emploi d'ovules vaginaux d'extraits orchitiques dans le traitement de l'aménorrhée.

Le syndrome que l'on désigne actuellement sous le nom d' « *insuffisance ovarienne* ou d'hypoovarie » pourra naturellement bénéficier de cette médication, c'est-à-dire, indépendamment des troubles menstruels et de la stérilité, les troubles nerveux et névropathiques, les troubles circulatoires et vaso-moteurs.

« Beaucoup de ces troubles, dit Léopold-Lévy, sont sous la dépendance d'une hyperthyroïdie et se retrouvent presque constamment à la ménopause. »

Zénope disait déjà en 1923 : « Toutes les fois que la personne est encore jeune, l'extrait orchitique régularise les règles en augmentant leur quantité, leur durée, leur fréquence... Mais chez les femmes âgées chez lesquelles le retour de la menstruation n'est plus possible, l'extrait orchitique agit quand même sur les troubles d'hyperthyroïdie provoquée par l'arrêt de la sécrétion ovarienne. Cette propriété de l'extrait orchitique d'agir comme l'extrait ovarien est vraiment curieuse. »

En réalité, *tous les symptômes d'hyperthyroïdie* (bouffées de chaleur, palpitations, insomnie, nervosité, instabilité de

caractère, envie de se déplacer), symptomatologie en majeure partie composée de signes neuro-végétatifs, disparaissent très rapidement sous l'influence du traitement. L'hyperthyroïdie, comme contre-indication classique de l'emploi des extraits orchitiques, est sans fondement.

Outre son action dans l'aménorrhée et l'hypoménorrhée, les extraits orchitiques ont été utilisés dans les *troubles de la ménopause* naturelle ou chirurgicale. Cela s'explique puisque l'on sait que beaucoup de ces troubles relèvent d'un mécanisme d'hyperthyroïdie. Cotte a signalé à la suite du traitement une diminution des bouffées de chaleur et des transpirations chez les ménopausées, mieux que par les extraits ovariens.

Les *états dysménorrhéiques* bénéficient souvent de cette thérapeutique et nous avons fréquemment observé une disparition des douleurs menstruelles dès le premier mois du traitement.

Enfin, quelques auteurs ont signalé l'heureuse action des extraits orchitiques dans les *ménorragies de la puberté* (chlorose ménorragique de Trousseau), dans les *ménorragies de la ménopause* sans lésions annexielles et dans l'*hypertension* de la ménopause.

E. — TROUBLES NEURO-PSYCHIQUES D'ORIGINE GÉNITALE.

Les *troubles nerveux* dus au dysfonctionnement ovarien sont d'une fréquence extrême. On les rencontre presque exclusivement chez les malades privées de vie génitale active ou n'ayant qu'une vie génitale incomplète.

« Indépendamment de leur traitement symptomatique, dit Vincent du Laurier, il est courant d'avoir recours alors à l'opothérapie par administration d'extraits ovariens. Malgré des résultats quelquefois favorables, cette thérapeutique est cependant inopérante dans un assez grand nombre de cas. —

» Quelle que soit la cause du trouble fonctionnel ovarien, la grande majorité des malades qui en sont atteintes et chez

lesquelles se manifeste une réaction psychique présentent un *syndrome neurasthéniforme* où prédominent la mélancolie, les idées obsédantes, les phobies. Les périodes dépressives alternent parfois avec des phases d'excitation. Des *douleurs* à type névralgique, erratiques, mais restant presque toujours localisées au bassin, à la région lombaire et aux membres inférieurs sont presque constantes...

» Comme beaucoup d'autres auteurs, nous avons constaté que ces réactions psychiques étaient d'autant plus fréquentes et plus intenses que nous avions affaire à des femmes d'un milieu social plus élevé et plus intellectualisé. C'est aussi chez celles-ci que les résultats favorables furent les plus rapides et les plus constants. Nous ne pensons pas qu'il faille les attribuer à une influence suggestive, mais à une facilité plus grande acquise par le système nerveux central des êtres cultivés, de réagir vis-à-vis des excitants, normaux ou anormaux, partis des appareils endocriniens ou des principes opothérapiques complémentaires ou substitutifs administrés dans un but thérapeutique. »

Dans la neurasthénie féminine, Dubois-André signale l'existence de signes nombreux de déséquilibre endocrinien. Beaucoup de femmes neurasthéniques présentent de la dysovarie, de l'hypotension, de la constipation; de l'instabilité cardiaque et des dermatoses bénignes, des digestions lentes avec bouffées congestives. « Dans le traitement de ces malades, dit l'auteur, les sédatifs nerveux, la strychnine, l'hydrothérapie et l'électricité ne sauraient suffire; il faut y ajouter des extraits opothérapiques, surtout ovariens, thyroïdiens, surrénaux, biliaires, et aussi des extraits orchitiques. Les résultats obtenus confirment la valeur de ce traitement. Il en conclut que la neurasthénie n'est pas une névrose, mais une affection des glandes endocrines. » (*Le Scalpel*, 11 janv. 1930.)

C'est dans les cas de dépression et de neurasthénie génitales persistant après le traitement des lésions que Cotte a obtenu les meilleurs résultats.

Vinchon a fort bien étudié les troubles nerveux paraissant

provoqués par la carence de l'élément mâle et l'influence qu'a sur ces troubles l'opothérapie spermatogénétique.

Pour lui, les états dysménorrhéiques (en prenant ce terme dans son sens le plus général) s'accompagnent toujours de troubles nerveux, circulatoires et digestifs.

Au point de vue nerveux, le syndrome consiste surtout en manifestations dépendant de la *vagotonie* : pâleurs, sueurs, céphalées, avec sensation de constriction, siégeant dans les régions occipitale et frontale et réalisant le casque de l'ancienne neurasthénie, sensation de constriction pharyngolaryngée, de constriction du thorax, points douloureux précordiaux réveillés par la pression au 5^e espace intercostal, près du sternum, points abdominaux de siège varié, viscéralgies diverses. Ces malaises physiques de nature angoissante se traduisent, dans le domaine psychique, par de l'anxiété avec tristesse, découragement, crainte de l'avenir. (Laignel-Lavastine, *Path. du sympath.*).

Le pouls est ralenti : le ralentissement s'exagère au cours de l'épreuve de l'orthostatisme ou de la recherche du réflexe oculo-cardiaque. Le déséquilibre digestif se révèle par de la *constipation*, souvent opiniâtre, et résistant à la thérapeutique habituelle. La constipation entraîne à la longue un état saburral des voies digestives, avec réaction du foie, douloureux parfois à la pression surtout au niveau de la vésicule. La sécrétion salivaire est augmentée et s'accompagne d'*aérophagie*. Ces troubles physiques et psychiques, plus ou moins latents dans la période intermenstruelle, s'exaspèrent dans les huit ou dix jours qui précèdent les règles, ramenant la dépression et l'anxiété avec l'obsession : anxiété délirante de la mélancolie anxieuse. Il est à noter que cette dernière psychose s'accompagne d'une *aménorrhée* complète dans la plupart des cas.

Cette description d'ensemble est schématique et forcément incomplète.

C'est généralement la vagotonie qui donne la note domi-

nante, mais on peut observer aussi chez certaines malades la sympathicotomie et les oscillations amphotoniques.

Pour Vinchon, en présence de ces troubles, les extraits ovariens agissent surtout comme des sédatifs de la vagotonie, dans les cas simples, schématiques; mais lorsque le déséquilibre est plus accusé, leur action est incomplète, insuffisante, souvent même ils restent inactifs. Des résultats plus nets, plus complets, embrassant davantage l'ensemble de la symptomatologie, sont obtenus avec l'opothérapie spermatogénétique. Il en a observé de nombreux cas.

Thooris (*Progrès médical*, 29 mars 1930) a également rapporté plusieurs observations de troubles d'origine carentielle avec trauma psycho-génital ayant déterminé une exacerbation vagotonique, une diminution considérable du tonus neuromusculaire et des troubles marqués du caractère.

*
* *

Outre les troubles nerveux, cardiaques et la constipation, *les troubles des extrémités, les engelures, l'entérite muco-membraneuse, certaines dyspepsies, certains urticaires et asthmes, certaines éruptions* dépendant de troubles vago-sympathiques bénéficieront de l'opothérapie spermatique. Nous les retrouverons bientôt.

Pour ne parler ici que des *troubles neuro-psychiques*, nous devons dire qu'on les retrouve à la puberté, pendant la période d'activité sexuelle et à la ménopause.

Pour Vinchon, à *la puberté*, l'opothérapie spermatique permet de lutter contre cet état de rêve, de désintérêt de la réalité qui accompagne les pubertés difficiles. Le psychisme de la jeune fille ainsi soutenu lui permet de revêtir plus vite et plus complètement le caractère féminin.

Pendant la période d'activité sexuelle, « elle fait disparaître la dépression, l'asthénie, les phobies, les obsessions hypochondriaques, surtout si ces dernières prennent le caractère d'idées fixes d'apparence raisonnable; elle calme les crises

d'énervement fréquentes lorsque les règles sont trop abondantes ou trop rapprochées.

» Mais s'il s'agit de formes graves d'obsessions, de ces ruminations généralisées qui occupent toute l'activité psychique de la malade; si le tableau est celui de la *psychasthénie*, avec ses antécédents personnels et son hérédité, l'opothérapie spermatique agit peu ou pas. Elle peut même déterminer une recrudescence d'agitation dans quelques cas exceptionnels. Il faut donc éviter de la prescrire aux grands obsédés et la réserver aux anxieux simples épisodiquement phobiques ou obsédés ».

Au déclin de la vie sexuelle et lors des premières manifestations de la ménopause, l'opothérapie spermatique modifie heureusement les échanges et diminue l'obésité, comme l'a noté Vincent du Laurier. Dans les cas particulièrement heureux, les malades reviennent à leur poids antérieur aux troubles neuro-psychiques. La fatigabilité et l'irritabilité s'atténuent pour faire place à une sensation de bien-être et de calme. L'étude de la courbe de poids est fort instructive dans ces cas; lorsque la diminution de poids s'affirme et se maintient, le pronostic est bon.

*
**

On a voulu faire entrer dans le « syndrome d'hyperovarie » les manifestations d'hypergénésie avec *nymphomanie* ou *onanisme*.

Il est bien évident que ces troubles sont souvent calmés par l'opothérapie hétéro-sexuelle, mais nous ne pensons pas qu'il s'agit là d'un effet antagoniste modérateur de l'extrait spermatique sur l'ovaire.

En réalité, l'édifice de l'hyperovarie est construit sans beaucoup de preuves capables d'entraîner la conviction. Il y a derrière les faits envisagés dans ce groupe, faits dont l'existence est indéniable, mais dont seule l'interprétation physiopathologique est sujette à caution, une part hypothétique con-

sidérable (on pourrait en dire autant de l'hypoovarie). Or, il s'agit dans nombre de cas de mécanisme pluriglandulaire complexe où une fonction ovaro-génitale nous échappe, où nombre de faits que nous classons sous le nom d'hyper ou d'hypoovarie sont en réalité autre chose, par exemple des *dysovaries* ou des états simplement nerveux.

Dans les interventions pratiquées, on a souvent retrouvé dans ces cas un ovaire scléro-kystique dont l'ablation suffit pour calmer la malade. D'autre part, nous savons que la sclérose ovarienne peut résulter chez la femme du trop de soin qu'elle prend à éviter une progéniture (témoins les ménages définitivement stériles par fraudes trop longtemps répétées) et que le meilleur équilibrant de la fonction ovarienne est l'imprégnation spermatique.

Nous savons aussi que l'imprégnation spermatique mâle ou l'opothérapie orchitique substitutrice par leur action équilibrante et synergique peuvent très bien modifier des impulsions sexuelles exagérées sans qu'il s'agisse pour cela d'un effet antagoniste « freinateur ».

D'ailleurs, l'hormone ovarienne n'est pas capable à elle seule de déterminer l'érotisation intense de l'organisme. Les injections de Folliculine et la maturité folliculaire ne déterminent pas chez la femme normale des impulsions sexuelles irrésistibles, et, d'autre part, celles-ci peuvent d'observer après la ménopause. De même chez l'homme, une excitation génitale très intense peut se manifester au début du tabes ou de la paralysie générale, et n'est pas pour cela rapportée à une hyperactivité testiculaire.

Si l'on veut accorder à l'ovaire l'origine de l'hypergénésie, nous dirons qu'il s'agit plutôt d'une viciation de sa fonction que de son hyperactivité. Or, nous savons qu'il n'y a pas de meilleur équilibrant de la fonction ovarienne que la résorption spermatique.

*
* *

Etudions maintenant plus particulièrement les *troubles psychiques d'origine génitale*.

Le rôle des glandes génitales dans le déterminisme de nombreuses psychoses est reconnu depuis fort longtemps. Les progrès réalisés en endocrinologie ces dernières années ne nous apportent que plus de preuves à l'appui de cette thèse, et sans vouloir être freudiste à tout pris, on doit cependant reconnaître l'importance que peut avoir l'activité génitale dans la pathogénie de nombreuses psychoses.

D'après Coquelin, le professeur Ball « enseignait à Sainte-Anne que de tous les instincts réguliers et normaux dont la nature nous a pourvus, il n'en est certainement aucun qui exerce une influence aussi marquée sur nos sentiments et notre caractère que l'instinct génital ». Nulle part, disait l'illustre aliéniste, on ne voit se manifester plus fortement l'action de la sympathie; nulle part, on n'observe des corrélations aussi palpables et des résultats aussi concluants. Il n'existe nulle part dans l'économie une sympathie plus intime que celle qui relie aux centres nerveux les organes de la reproduction, et tel est leur empire sur les manifestations de la vie intellectuelle qu'on pourrait sous ce rapport partager l'existence humaine en trois grandes périodes : avant, pendant, après les périodes de fonctions génitales. »

« Peu de malades atteints d'anomalies des organes génitaux sont exempts de dispositions à la tristesse, à la mélancolie, au désespoir. Ricord signalait comme commun le fait qu'une simple blennorrhée peut devenir une cause de mélancolie. Les malheureux qui subissent une double castration finissent souvent par le suicide... L'observation courante nous montre que nous ne sommes pas tous égaux devant la folie comme l'ont dit certains aliénistes. La femme toute de nerfs réagit plus vivement que l'homme, et paie aux affections mentales un plus large tribut... »

De tous les délires postopératoires, aucun n'est plus fréquent que celui qui succède chez la femme aux opérations pratiquées sur l'appareil génital. Loiseau, Azam, le Professeur Mairet, dans de remarquables travaux, ont démontré de la manière la plus nette la relation qui existe entre les lésions

de l'appareil génital et le développement de la folie chez la femme...

Les périodes cataméniales sont accompagnées chez beaucoup de femmes de modifications psychiques parallèlement à certains troubles physiques ou physiologiques : céphalalgie, vertiges, vomissements, troubles oculaires, etc... Les troubles psychiques peuvent ne consister qu'en de simples changements d'humeur mais peuvent revêtir un caractère beaucoup plus grave et donner lieu à des manifestations anxieuses et même franchement vésaniques. Mme de Staël a dit que « les femmes ont été créées pour produire et que celles qui ne font pas d'enfants font des livres ».

Il semble d'ailleurs que pour certaines femmes la progéniture intellectuelle, comme pour d'autres la progéniture utérine, soit intimement liée aux fonctions de l'ovulation. On cite en effet des femmes de lettres célèbres par leurs écrits qui ne composaient que pendant le temps de leurs époques.

Ces modifications du caractère féminin et son exaltation pendant les périodes cataméniales sont trop connues pour que nous y insistions.

Pitres et Régis ont montré que les obsessions, qui sont plus communes chez les femmes que chez les hommes et qui sont généralement imputées à des phénomènes émotifs, ont lieu chez elles entre 25 et 35 ans et beaucoup plus tôt chez les hommes. C'est en effet à cet âge optima que la femme a le plus tendance à faire des troubles nerveux et psychiques. Cette tendance, notée par les aliénistes, coïncide avec l'apparition tardive chez la femme de l'impulsion sexuelle.

Comme le dit Gilbert Robin, « d'un point de vue plus spécialement dogmatique, ces conceptions ne s'opposent pas avec les théories psychanalytiques. Nous n'en sommes plus, Dieu merci, à faire la distinction entre le physique et le moral, et nous voulons bien confondre instincts, tendances et cénesthésie ».

Dans le service du Professeur Claude, il a constaté les heureux effets de l'extrait spermatogénétique dans 10 cas de dé-

mence précoce confirmée, par conséquent dans les cas les plus graves de la pratique psychiatrique, les plus rebelles aux traitements. Il a obtenu 2 succès.

*
* *

Enfin, Coquelin et Savigny ont attiré l'attention sur les effets souvent néfastes des *déceptions amoureuses*.

« A l'asile de Ville-Evrard, dit Coquelin, où nous avons eu l'occasion de faire de nombreux examens psycho-analytiques, il nous est arrivé de pouvoir assez fréquemment rattacher la psychose présentée à une *déception d'ordre sexuel* (fiançailles rompues, célibat difficilement supporté). Ces malades, généralement mélancoliques, anxieuses, ayant une imagination vive, présentent de l'insomnie, des réflexes exagérés, du tremblement, un grand abattement. Elles étaient fort améliorées par un traitement opothérapique (testiculaire) qui fut continué assez longtemps. »

Et Savigny, dans *Les impulsions sexuelles explosives par dépit amoureux*, justifie en ces termes l'usage de cette opothérapie : « Sauvegarde de l'espèce, dont la pérennité est liée à leur élaboration, les hormones ovariennes et orchitiques diffusent à partir de la puberté, dans l'organisme du jeune homme et de la jeune fille pour les inciter à procréer.

» Cette impulsion sexuelle est assez puissante chez tous les êtres pour leur faire, à certaines époques, subordonner tous les autres besoins organiques à sa satisfaction; et celle-ci s'impose à eux par un impératif si catégorique qu'il leur fait sacrifier, s'il le faut, leur existence même. Mais elle est tenue en bride dans l'espèce humaine par des freins psychiques normalement assez forts pour la maintenir dans de justes limites en accord avec les lois morales, sociales et religieuses.

» Grâce à cette canalisation, à cet endiguement, depuis des temps immémoriaux, par des lois que l'individu ne peut enfreindre sans déchoir, l'instinct consent généralement à ne servir ses fins, chez l'homme et surtout chez la femme, que

dans le cadre des unions légitimement sanctionnées. Toute manifestation trop violente de cet instinct qui fait briser les digues que dressent à ses côtés les lois morales, sociales et religieuses, doit être tenue, sinon pour pathologique, du moins comme susceptible de nuire à l'individu et souvent à l'espèce, et par là requiert l'intervention médicale.

» Ces expansions explosives du sens génital se manifestent souvent à la faveur d'un dépit amoureux, et ceci chez la femme comme chez l'homme; mais chez ce dernier les conséquences en sont évidemment moins graves pour des raisons sur lesquelles il nous paraît tout à fait superflu d'insister.

» Aussi bien, si le médecin est appelé à intervenir, consulté par l'intéressée elle-même, ou par une personne de son entourage, c'est toujours d'une femme qu'il s'agit.

» Que faire ?... Le rôle du directeur de conscience n'est pas celui que doit assurer en de tels cas le thérapeute. Sans négliger les conseils « moraux », il fera sentir combien peut être préjudiciable, à une jeune fille notamment, un entraînement psycho-sensoriel, risquant de la mettre aux prises avec d'inextricables difficultés. Mais il doit aussi agir sur l'organisme pour calmer ses tendances inassouviées qui attendent leur satisfaction prochaine, et qui s'exaspèrent de leur non-réalisation. Il se fait en ce cas, en particulier pendant la période des fiançailles, une sorte de charge latente du système neuro-génital qui se prépare à l'action et qui, s'il ne trouve pas l'utilisation des forces ainsi potentialisées, tend à se libérer d'une façon explosive et met la personne ainsi érotisée à la merci d'une rencontre fortuite. Claude Farrère, dans son roman : *Mademoiselle Dax*, dépeint les conséquences d'une déception de cet ordre et s'y montre excellent psychologue.

» Les calmants, l'hydrothérapie, seront prescrits utilement, mais la médication spécifique de tels états est dans l'opothérapie orchitique qui donne une sédation durable, sans aucun effet secondaire fâcheux. »

On connaît les heureux résultats qu'a donnés cette médication chez les vieilles filles et les veuves. Elle trouve une indi-

cation non moins précise chez les jeunes filles en mal de dépit amoureux, et Dieu sait si le cas est fréquent !

Pour notre part, nous avons fréquemment constaté les bons effets de ce traitement opothérapique.

F. — OBÉSITÉ.

Pouchet, Guy Laroche, Paillée et Camus ont montré que les extraits testiculaires augmentaient les échanges respiratoires (Acad. de méd., séance du 26 juin 1928), d'où activation des combustions internes, perte de poids, plus grande résistance à la fatigue. Leur action est plus faible que celle des extraits thyroïdiens.

On s'adressera donc aux extraits testiculaires quand la médication thyroïdienne ne pourra être appliquée. Dans les autres cas, on aura souvent l'occasion de les associer aux extraits thyroïdiens.

Pour Alice Ulrich-Lévy, le syndrome adiposo-génital trouverait dans la médication orchitique un traitement presque spécifique, et Apert (*Presse médicale*, 31 août 1929) cite le cas d'une jeune fille de 15 ans atteinte d'obésité juvénile et d'apathie, où l'existence d'un métabolisme basal élevé empêcha de faire de l'extrait thyroïdien, et qui guérit rapidement après quelques injections d'extrait testiculaire.

G. SYNDROMES CUTANÉS.

Les syndromes cutanés peuvent relever de causes diverses, mais personne ne conteste plus aujourd'hui le rôle que jouent les glandes endocrines dans leur apparition.

Par exemple, Spillmann, sur 9^e observations de psoriasis, a relevé 4 cas d'hyperthyroïdie, 4 cas de déséquilibre vago-sympathique et 1 cas d'hypoovarie; la pelade lui a montré 2 cas d'hyperthyroïdie, 1 cas d'hypothyroïdie et 1 cas de déséquilibre vago-sympathique; l'eczéma, 2 cas d'insuffisance hypophysaire, 1 cas d'insuffisance ovarienne et 1 cas d'hyperthyroïdie. Naturellement, dans tous ces cas, la médication

opothérapique a été employée et les résultats ont été en général des plus satisfaisants (*Bruxelles médical*, 22 sept. 1929).

Chez une malade atteinte de *sclérodermie* avec goitre, Lortat-Jacob et Y. Bureau ont trouvé une augmentation du métabolisme basal de 45 p. 100 (Réun. dermat. de Strasbourg, mai 1929). Avec Fernet, ils ont également retrouvé chez une malade atteinte d'atrophie cutanée avec sclérodermie, mélanodermie et concrétions calcaires, une augmentation du métabolisme basal.

Pour Léopold Lévi, l'*acrocyanose* est un signe d'insuffisance thyroïdienne et disparaît par le traitement thyroïdien.

Pour Sédillot, le fait de la disparition de l'acrocyanose par le traitement thyroïdien n'implique pas forcément que le déficit thyroïdien soit à l'origine de l'acrocyanose. « Chez la femme, thyroïde et ovaires ont si étroitement partie liée que l'opothérapie thyroïdienne peut parfaitement faire disparaître un trouble dû au déficit ovarien... L'*acrocyanose* de la main est souvent une affaire de déficit thyroïdien et l'*érythrocyanose* de la jambe une affaire de déficit ovarien. »

C'est également l'opinion de Marañon.

« Tandis que l'*érythrocyanose* de la jambe est rarissime dans le sexe masculin (personnellement, je n'en ai jamais observé un seul cas), l'*acrocyanose* de la main à l'état isolé est à l'âge ingrat aussi fréquent chez le jeune garçon que chez la jeune fille... L'*érythème pernio*, les *engelures*, et spécialement les engelures des pieds chez la femme, sont aussi en étroit rapport avec la valeur de sa vie génitale. Chez combien de jeunes filles le mariage suffit-il à les faire disparaître radicalement et pour toujours !

» Chez les femmes qui ont une vie sexuelle nulle, le remède héroïque des engelures, c'est le mariage ou l'opothérapie hétéro-sexuelle. »

*
* *

On accorde généralement au *psoriasis* des causes occasionnelles d'ordre mécanique, toxiques, nerveuses, infectieuses.

Mais pour Samberger, la diminution de vitalité, cause spéciale du psoriasis, reconnaît diverses origines. Elle peut être congénitale ou acquise, et dans ce cas elle peut être d'origine interne ou externe. Aussi, n'est-il pas étonnant que les uns voient la cause du psoriasis dans l'arthritisme, d'autres dans les troubles constitutionnels les plus divers : la tuberculose ou les altérations des glandes à sécrétion interne.

Pour Carillon, on peut déterminer la part que prennent les glandes endocrines dans la production de la parakératose :

1° Par la clinique : dans les cas où la dermatose est associée à un trouble endocrinien (par exemple : association de psoriasis et basedowisme fruste, de psoriasis et diabète, de psoriasis au cours de la vie génitale, de psoriasis au cours de la grossesse qui peut être une cause de récurrence chez les prédisposées ou une cause d'amélioration. Cette contradiction apparente s'explique aisément. En effet, au cours d'une grossesse normale, on observe un hyperfonctionnement de tous les organes à fonction antitoxique; le corps thyroïde est du nombre. Si son fonctionnement est insuffisant — règle générale — en même temps qu'elle éprouve des troubles généraux, la malade voit son psoriasis s'aggraver. Dans le cas contraire, la grossesse provoquant un hyperfonctionnement du corps thyroïde exerce d'elle-même le traitement opothérapique du psoriasis);

2° par la thérapeutique endocrinienne : guérison du psoriasis par l'administration d'extraits glandulaires variés;

3° par la méthode des tests endocriniens.

Pour Carillon, la diversité des traitements ne peut aboutir à un même résultat que par l'intermédiaire du sympathique (trait d'union entre les glandes endocrines et la peau). En effet, on note toujours et dans tous les cas un déséquilibre vago-sympathique.

« Le psoriasis résulte d'un trouble de la kératinisation; le sympathique régit normalement la nutrition cutanée, rendant le sympathique responsable des accidents psoriasiques... Depuis longtemps, on connaît les *alternances du psoriasis avec*

l'asthme, l'eczéma, l'urticaire, qui résultent également des troubles du tonus végétatif. »

*
* *

Sabouraud voit dans *l'association fréquente du psoriasis et de la pelade* plus qu'une coïncidence. On retrouve dans la pelade des troubles vago-sympathiques analogues à ceux du psoriasis. En règle générale, les psoriasiques sont des individus émotionnables de caractère vif, irritable parfois, et le déséquilibre vago-sympathique constatable toutes les fois qu'il y a psoriasis disparaît avec lui.

Cette conception est partagée par de nombreux auteurs.

Lévy-Franckel et Juster (*Annales de dermatologie*, 1931) insistent sur le phénomène permanent de vaso-constriction des capillaires au niveau des plaques alopéciques, phénomène considéré sous la dépendance de troubles du système neuro-végétatif associé ou non à des troubles endocriniens. Pour eux, deux facteurs souvent confondus déterminent la pelade : le traumatisme et le choc émotif.

Les *pelades émotives* qui se distinguent surtout par la brièveté de leur incubation (quelques jours ou même quelques heures) sont la conséquence de l'hyperfonctionnement d'une glande — thyroïde en général — ou d'un groupe de glandes, et seraient à classer, quant à leur mécanisme physio-pathologique, dans le groupe des « pelades endocrino-sympathiques ».

En opposition à la thèse admise que, seules les *pelades traumatiques* seraient consécutives à un choc portant sur le crâne ou la face et dont l'incubation ne dépasse pas deux mois, ces auteurs présentent diverses observations intéressantes concernant des pelades survenues, notamment chez les blessés de guerre, huit à dix ans après un traumatisme important des membres avec fractures ou plaies vasculo-nerveuses, atrophie musculaire. Ces affections seraient à ranger dans le groupe des « pelades vasculo-sympathiques ».

*
* *

Pour Sabouraud, le rôle du microbe n'a dans la *calvitie précoce* qu'un rôle secondaire, et cette conception s'admet facilement si l'on remarque que son apparition coïncide avec le début de la période génitale.

On peut, de ce fait, rapprocher plusieurs autres intéressants : par exemple celui que les eunuques châtrés avant le début de la virilité ne deviennent jamais chauves, alors que leurs téguments sont presque entièrement glabres (les auteurs anciens l'avaient noté et les médecins coloniaux le vérifient encore tous les jours).

On a également remarqué que les hommes précocement chauves possèdent habituellement un système pileux très développé. Ce rapprochement entre la puissance génitale et la calvitie a été noté depuis l'Antiquité où le Faune, le Satyre velu, était représenté chauve et barbu.

De même chez la jeune femme, l'*acné* et la *séborrhée dépilante* (homologue de la calvitie précoce de l'homme) sont nettement arrêtées par la grossesse, depuis le troisième mois jusqu'au troisième mois *post partum*. Et nous avons également vérifié — ce que quelques auteurs avaient déjà remarqué — que l'opothérapie orchitique avait sur elles la même action.

*
* *

Ces accidents, dont le mécanisme peut être ramené à un désordre endocrino-sympathique, se rencontrent fréquemment chez les femmes trop chastes et s'accompagnent souvent d'urticaire.

Dans un couvent où ces désordres névropathiques et trophiques étaient fréquents et rebelles à tous les autres modes de traitement, Malherbe a obtenu des guérisons complètes par l'opothérapie testiculaire.

Pour Joltrain (*Les urticaires*), il est de toute nécessité d'étudier chez les *urticariens* le fonctionnement des glandes à sécrétion interne qui est souvent troublé. Quand il s'agit d'urticaire à allure anaphylactique, on peut suspecter l'action du corps thyroïde.

Enfin, Meyer et Gallerand ont fait avec succès de l'opothérapie testiculaire dans plusieurs cas de *prurit vulvaire*.

*
* *

Que conclure de tous ces faits qui paraissent disparates au premier abord ?

Si l'on reconnaît avec Sabouraud que les traitements externes utilisés dans ces diverses affections ne sont jamais curateurs et que leurs causes sont plus profondes, on s'apercevra vite qu'elles sont réunies par plusieurs points communs. Dans tous les cas, il s'agit de déséquilibre vago-sympathique, de troubles du tonus neuro-végétatif. Qu'ils soient dus à une carence sexuelle, qu'ils débutent à la puberté ou à la ménopause, tous les troubles rapportés ici ont une origine glandulaire.

La séborrhée, l'acné juvénile, la calvitie précoce, la pelade, l'acrocyanose, les engelures, les eczémas, psoriasis et urticaires témoignent toujours d'un désordre endocrino-sympathique.

On pourrait y ajouter l'asthme (urticaire des bronches), l'entérite muco-membraneuse, etc.

Dans ces divers cas, on aura souvent recours avec succès à l'opothérapie orchitique qui agira suivant les auteurs par son action complémentaire, substitutrice, synergique, par son action sur le corps thyroïde ou les ovaires, par effet psychothérapique...

Qu'importe la diversité des opinions sur son mode d'action. Elle n'en demeurera pas moins fort utile dans cette branche de la thérapeutique où l'on est souvent embarrassé, pour ne pas dire désarmé, par ces affections rebelles et décevantes.

Dans ces cas, le thérapeute trouvera dans l'opothérapie orchitique un secours sinon toujours merveilleux, du moins souvent efficace.

II. — Contre-indications. — Accidents.

« Nous ne connaissons pas de contre-indications à l'emploi des extraits testiculaires et de leurs dérivés », dit Pascault.

Cette opinion est-elle partagée par tous les auteurs ? Brown-Sequard s'injecta presque tous les jours pendant un mois du suc orchitique sans en éprouver aucun trouble.

Dufougeré conclut de ses expériences sur les animaux :

1° Le suc orchitique n'est toxique qu'à fortes doses (Nous avons vu que cette conception a été partagée depuis par tous les expérimentateurs);

2° Le suc orchitique est deux fois plus toxique pour la femelle que pour le mâle.

Zénope déclare : « Tandis que les extraits ovariens provoquent souvent des troubles gastro-intestinaux, l'extrait orchitique ne provoque que très rarement de ces troubles. Durant un an, nous avons employé plus de 6 kilogs de cet extrait sans avoir constaté de grands troubles... Très rarement, quelques petits signes d'indigestion... Quand il y a saturation de l'organisme, l'extrait orchitique provoque de la tristesse et une sensation de constriction au niveau du sternum. »

Pierra et Jouve n'ont jamais relevé d'accident dans les nombreux cas rapportés par eux : « C'est tout juste si nous voyons signaler une certaine sécheresse de la gorge, une sensation de congestion céphalique et des hémorroïdes. Ce sont là, on en conviendra, des accidents bien minimes et qui n'ôtent aucune disponibilité d'application d'une méthode thérapeutique. »

Vignes écrit : « Le seul inconvénient des extraits testiculaires que j'aie observé chez certaines femmes est une sensation désagréable de constriction céphalique... Les femmes âgées

m'ont semblé mal supporter les extraits testiculaires, qui leur déterminent en particulier des congestions pénibles de la face. »

Nous rangeant entièrement à l'opinion de Vignes, nous pensons qu'après cinquante ans les extraits testiculaires ne doivent plus être donnés aux femmes. Si la sénilité précoce peut être efficacement combattue par ceux-ci, s'il est dans leur pouvoir de retarder la vieillesse, la sénilité vraie et bien établie ne saurait en bénéficier. D'ailleurs, il serait illogique de les administrer plusieurs années après la ménopause.

En résumé, les extraits orchitiques employés chez la femme aux doses ordinaires sont inoffensifs si l'on a soin d'interrompre le traitement de temps en temps : les accidents les plus fréquents (constriction céphalique, troubles gastriques) étant en général causés par des doses trop massives ou trop prolongées.

Il sera cependant prudent de ne pas les utiliser pendant la grossesse. Cette contre-indication est d'ailleurs superflue, les troubles qu'ils combattent étant guéris par l'état puerpéral.

Nous devons toutefois signaler un cas assez spécial qu'il nous a été donné d'observer dans le service de M. le Professeur Sabrazès.

Il s'agissait d'une jeune fille de 25 ans, aménorrhéique depuis six ans. Ses règles, disparues progressivement, avaient été remplacées au début par de légères épistaxis au moment de ses époques. En même temps, s'installait un syndrome asthmatiforme avec oppressions nocturnes l'empêchant fréquemment de dormir. Elle présentait en outre des céphalées occipito-frontales tenaces, des crises d'entéro-colite muco-membraneuse, du prurit nocturne. Tous ces symptômes s'exagérant à l'époque présumée de ses règles.

L'examen de la malade, pratiqué par divers spécialistes, n'avait permis de déceler aucune tare organique. On notait simplement au niveau du poumon quelques râles fugaces et une expiration très prolongée. On en était arrivé à la suspecter de bacillose.

L'opothérapie ovarienne sous toutes ses formes n'ayant donné aucun résultat, nous entreprîmes un traitement par piqûres d'Androstine. La malade se sentit améliorée, plus vigoureuse, en même temps que sa céphalée et son oppression diminuaient sérieusement.

Les troubles, qui s'exagéraient à l'époque de ses règles, furent très atténués le premier mois.

Le deuxième mois, l'amélioration se maintint; mais elle eut une légère épistaxis supplémentaire au moment de ses règles.

Le troisième mois, toujours pas de règles, mais de nouvelles épistaxis vicariantes nous obligèrent à abandonner le traitement.

Nous avons pensé qu'il s'agissait là d'un phénomène congestif périodique, nettement augmenté par le traitement et dont la voie d'élimination nasale venait compenser une menstruation absente.

Malheureusement, nous n'avons pu suivre la malade, chez laquelle nous nous propositions d'expérimenter les effets d'une médication emménagogue adjuvante prémenstruelle afin d'essayer de rappeler aux organes génitaux une hémorragie qui ne pouvait s'établir qu'au niveau des muqueuses nasales.

III. — Posologie.

En règle générale, chez la femme, les extraits orchitiques pourront être administrés de 15 à 50 ans. Sauf dans l'aménorrhée, on en suspendra l'emploi pendant les règles.

Leur action est plus nette et plus rapide en piqûres. On pratiquera celles-ci de préférence intramusculaires, à raison d'une par jour ou une tous les deux jours. On commencera de préférence le traitement aussitôt après les règles et on le continuera pendant trois semaines, pour recommencer après les règles suivantes, soit de 12 à 20 injections par mois. La dose moyenne correspond à 0 g. 10 d'extrait orchitique par jour.

L'administration *per os* est la plus fréquemment utilisée;

elle donne des résultats moins rapides. La dose moyenne, correspondant à 0 g. 30 d'extrait orchitique, peut être augmentée sans inconvénient dans les cas graves. (Nous préférons cependant dans ces cas le traitement par piqûres.) Zénope utilisait couramment 0 g. 75 par jour.

Enfin, on sait que Cattier a utilisé dans le traitement de l'aménorrhée les extraits orchitiques en ovules.

En règle générale, l'action des extraits orchitiques est assez rapide. Si aucune transformation appréciable de la malade n'est obtenu au bout de deux mois, on peut cesser la médication, dont l'emploi resterait vain.

La guérison se maintient-elle longtemps ?

On ne peut formuler de règle générale sur ce point. Dans beaucoup de cas, l'amélioration obtenue est définitive, mais souvent les troubles antérieurs au traitement reparaissent si on interrompt celui-ci trop longtemps.

Enfin, dans quelques cas rares mais indéniables, l'amélioration obtenue rapidement ne se maintient pas et le traitement, bien que continué, devient inefficace. L'explication de ces cas nous paraît assez délicate.

CHAPITRE VI

LES DIVERSES PREPARATIONS DES EXTRAITS TESTICULAIRES

Tous les produits orchitiques des grandes marques sont bons, mais il ne faut pas oublier que presque toutes les femmes ont une répugnance invincible à prendre l'opothérapie hétéro-sexuelle. Elles doivent prendre ou recevoir en piqûres cette opothérapie sans savoir exactement ce qu'elle est.

Vignes a utilisé dans ses expériences des extraits ne portant aucune indication sur la nature du produit, tant par correction envers les personnes qui se confiaient à ses soins que pour éviter les effets dus à l'auto-suggestion.

Nous ne saurions trop recommander ce mode d'administration dissimulé, qui permet seul de juger impartialement des résultats.

Nous ne ferons que citer les *méthodes de préparation des extraits testiculaires*. Elles varient à l'infini.

On a utilisé :

- les produits obtenus par dessiccation des organes;
- l'émulsion de pulpe testiculaire;
- la macération aqueuse ou glycinée;
- l'obtention par perfusion de solutions injectables;
- l'obtention d'extraits lipo-solubles (extraction de l'hormone du testicule, de l'urine, du sang de taureau);
- la préparation d'extraits hydro-solubles (technique de Dodds, Greenwood et Gallimore; méthode de Funk,

Hanow et Lejwa; méthode de Mc Cartney; méthode de Pouchet, Guy-Laroche, Paillée et Camus; méthode de Lœwe);

les fractionnements (technique d'Iscovesco et Korenchewisky; de Korenchewisky et Schultess-Young);
etc., etc.

Nous avons dit que toutes les préparations orchitiques des grandes marques pouvaient être utilisées. Nous devons cependant mentionner ici celles qui ont été utilisées plus spécialement chez la femme.

Dufougeré traitait ses chlorotiques avec l'*Extrait orchitique glycéринé Bazin*;

Pouret a utilisé l'*Orchitine Fournier*;

Prevel l'*Oposol orchitique de Lematte*;

Beaucoup d'auteurs conseillent l'emploi conjugué de l'opothérapie testiculaire et ovarienne. Kramarz, dans sa thèse, constatant que l'insuffisance de la fonction ovarienne ou sa carence complète à la ménopause s'accompagne d'un trouble du métabolisme général, surtout accentué en ce qui concerne le calcium, le phosphore et les graisses, rapporte les excellents résultats qu'il a obtenus dans les accidents de la ménopause avec le *Gynocalcion M* des laboratoires Cortial, qui associe à l'ovaire, l'orchitine, le lactate de calcium et de manganèse, le lacto-phosphate de chaux;

Les laboratoires Iscovesco préparent deux spécialités, qui, bien que destinées au sexe masculin, ont été employées chez la femme. La première est l'*Andocrinol* (extrait éthéro-alcoolique purifié de glande orchitique), qui a donné de bons résultats dans l'aménorrhée et la dysménorrhée. La seconde le *Yo-Androl*, qui associe le lipoïde orchitique à la cortico-sur-rénine et à l'antéro-hypophysine, « moteur de la fonction ovarienne » dont l'efficacité n'est plus contestée. Cette dernière association mérite de retenir l'attention des expérimentateurs.

Les laboratoires Choy ont créé des préparations orchiti-

ques qui se trouvent dans le commerce sous le nom discret d'*extraits androïques* et qui sont destinées à l'opothérapie complémentaire.

Mais c'est à l'*Androstine Ciba* qu'ont eu le plus souvent recours la plupart des auteurs et nous-même. L'Androstine, dont le nom a l'avantage de ne pas éveiller l'attention des clientes, est un extrait testiculaire, non pas un extrait testiculaire total, mais un extrait (en grande partie, sinon exclusivement) de l'élément séminifère de la glande. Elle est surtout riche en spermine. L'exclusion de la glande interstitielle du testicule a fait donner à l'Androstine le nom d'extrait spermatogénétique. Spermatogénétique et non spermatique, car l'Androstine est issue moins des éléments du sperme constitué que de tous ceux de la spermatogénèse : spermatogonies, spermatocytes et spermatides.

Enfin, nous ne saurions terminer ce chapitre sans mentionner le *Sérodause antitoxisényl* (sérum activé de taureau), qui exerce ses effets dynamogéniques aussi bien chez la vieille femme que chez le vieil homme et qui peut remplacer chez celle-ci les extraits testiculaires, qui paraissent être mal supportés.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Les recherches que l'on poursuit sur les hormones testiculaires expliqueront certainement un jour, d'une manière beaucoup plus scientifique, les résultats que nous exposons.

Mais, sans rechercher très loin une explication scientifique n'avons-nous pas conscience, n'avons-nous pas l'intuition qu'étant donné l'hétérogénéité des organismes mâle et femelle, ce dernier, comme l'ovule à l'origine, exige d'être dynamogénisé par un apport du premier ?

« Il est évident, dit le Professeur Laffont, que l'organisme féminin résorbe les produits spermatiques introduits lors du coït, que ces produits agissent sur la femme dont ils favorisent le développement, tandis que leur défaut entraîne des troubles tant physiques que psychiques, l'opothérapie spermatique étant reconnue efficace dans ces cas cliniques. »

« L'opothérapie spermatique n'est pas une panacée, dit Vinchon, mais elle peut rendre de signalés services; elle peut aussi compléter les traitements thyroïdien ou ovarien, et même, dans certains cas, se substituer à eux. Son action sur les échanges ouvre une nouvelle voie aux recherches par le métabolisme basal en série. En tout cas, dès aujourd'hui, cette médication montre l'action en profondeur d'une hormone hétéro-sexuelle, puisqu'elle apparaît chez la femme comme un puissant modificateur de l'économie organique, dont le psychisme n'est que l'expression la plus haute. »

*
* *

Dans les 50 observations qui vont suivre, nous ne rapporterons presque exclusivement que des observations de fem-

mes traitées par les produits orchitiques seuls, puisqu'il s'agit de juger des effets de cette médication isolée. Mais il est bien évident que l'on pourra l'associer aux autres thérapeutiques.

Dans le choix que nous avons fait parmi les nombreuses observations que nous possédions, nous avons surtout cherché à ne publier que les observations inédites. On en retrouvera cependant qui ont fait l'objet de publications antérieures dont l'intérêt nous a semblé primordial (1).

OBSERVATION I.

(Docteur J. SÉDILLOT.)

Les 8 mai et 13 novembre 1925, j'avais présenté à la Société de médecine une jeune fille rapidement guérie d'une forme très grave d'anorexie dite mentale par l'opothérapie thyroïdienne.

Le 4 janvier 1926, je suis appelé auprès d'une jeune femme de 34 ans, en pleine crise de mélancolie avec impulsions au suicide et, par périodes, anorexie absolue.

Mme N... vient de rentrer à son domicile depuis quatre jours après un séjour de huit mois dans une maison de santé, où on n'a rien fait d'utile pour elle qu'une surveillance attentive de jour et de nuit et l'alimentation forcée dès que cela devenait nécessaire.

J'ai sous les yeux une jeune femme pâle, très amaigrie, les yeux excavés, refusant de quitter son lit « parce qu'elle a froid », se bornant à pleurer au lieu de répondre aux quelques questions que je lui pose.

Les règles, après être devenues irrégulières et de plus en plus pauvres, manquent depuis dix mois, et, au début, cette suppression des règles, accompagnée de troubles de l'appétit, avait fait penser à un début de grossesse.

C'est en partie par le mari, en partie par la belle-sœur de la jeune femme, que j'ai connu complètement son histoire.

Jeune fille noble, orpheline et sans fortune, mais d'une remarquable beauté, elle a été épousée à 28 ans par un homme veuf, beaucoup plus âgé qu'elle et ayant deux grands fils. Celui-ci, *dési-*

(1) Ceux que la question intéresse pourront lire avec intérêt les très intéressantes communications ou observations publiées sur ce sujet par MM. Catlier, Chauvin, Chevassu, Claude, Cotte, Dalché, Humbert, Jouve, Petit-Dutaillis, Peuret, Pierra, Pouliot, Savigny, Sédillot, Vachet, Vignes, Vinchon, Weber, Zenope, etc., sans compter les nombreux travaux étrangers.

rant ne pas avoir d'enfants de son second mariage, dès la première nuit a fait accepter à sa jeune femme l'emploi de préservatifs pour leurs rapports conjugaux. Jusqu'à son entrée, en mai 1925, dans une maison de santé, la vie génitale de cette jeune femme a donc été très active (son mari, malgré la différence d'âge, étant très épris d'elle), mais constamment incomplète et frauduleuse.

D'une part, de la belle-sœur, qui, habitant à l'étranger, avait eu Mme N. pendant six ans avant son mariage comme institutrice de ses filles, je tiens que Mme N..., jeune fille, était parfaitement équilibrée au point de vue nerveux.

D'autre part, du mari, j'apprends que, dès les premiers mois de son mariage, Mme N... était devenue une femme « fantasque », tour à tour pleurant à tout propos et sans raison, puis abusant follement de toutes les distractions qu'il lui offrait, « comme si elle eût voulu s'étourdir », et M. N... mettait sur le compte des fatigues de la vie mondaine qu'elle avait menée depuis six ans l'état lamentable où se trouvait sa jeune femme.

Malgré qu'il y ait des signes très nets d'instabilité thyroïdienne (irilosité excessive des extrémités, quelques bouffées de chaleur, irrégularité de l'appétit, irrégularité de l'intestin, etc.), c'est seulement un traitement intensif d'opothérapie hétéro-sexuelle (Androstine) par piqûres que je prescris.

Dès le 40^e jour, j'enregistrais déjà des gains très appréciables, reprise de l'appétit, reprise de 1.800 grammes de poids, sommeil meilleur. Ma malade commençait à croire, à espérer qu'elle allait sortir de sa crise de dépression.

Fin mai (110^e jour de traitement), la crise de mélancolie était complètement terminée et la santé physique et morale redevenue normale.

OBSERVATION II.

(Docteur J. SÉDILLOT.)

Mme W..., 38 ans, d'origine flamande, blonde, un peu forte, appartient à une famille dont je suis le médecin depuis dix ans et où tout le monde a une santé physique et morale excellente et un système nerveux bien équilibré.

Mariée à 23 ans, elle a eu en trois ans deux enfants, mais morts tous les deux pendant l'accouchement (sièges).

D'un commun accord, le médecin accoucheur et le médecin de la famille ont conseillé au ménage d'éviter toute nouvelle grossesse.

Le 4 octobre 1926, cette jeune femme me consulte pour des trou-

bles nerveux. Une sensation pénible de gêne au niveau du cœur existe depuis plusieurs années, mais très aggravée depuis quelques mois : sensations de déclic suivies d'angoisse véritable. Battements de cœur, palpitations, impressions de pulsations dans la gorge, émotivité anxieuse, crise de larmes, caractère irritable.

Les règles sont restées régulières comme espacement (vingt-six jours), mais, à dater des dernières couches, elles sont devenues de plus en plus claires, de plus en plus pauvres (actuellement une journée, deux serviettes à peine teintées).

Frilosité et bouffées de chaleur désagréables.

Tous ces symptômes et la nervosité s'exagèrent avant les règles et les règles laissent à leur suite une profonde lassitude.

Maux de tête, fatigue au réveil, constipation, appétit capricieux.

J'ai demandé à cette jeune femme, à qui deux confrères avaient conseillé la stérilité volontaire, quel moyen elle employait dans ce but :

« Mon mari, me répondit-elle, interrompt les rapports conjugaux immédiatement avant leur terminaison naturelle. Le lendemain des rapports conjugaux, je me sens si mal à l'aise, si nerveuse, si angoissée, que depuis des années je les redoute comme une corvée.

— Prenez-vous une injection aussitôt après ?

— Non, seulement le lendemain matin, à ma toilette. »

J'ai simplement conseillé de prendre de grandes injections vaginales aussitôt après les rapports et prescrit un traitement d'opothérapie hétéro-sexuelle à hautes doses, par piquûres.

Dès la troisième semaine, cette malade était déjà transformée au point de vue nerveux, sans bromure, sans hydrothérapie, à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique. Dès le deuxième mois du traitement, les règles durèrent trois jours. Elles durent depuis, régulièrement, quatre jours (elles duraient cinq à six jours antérieurement aux grossesses).

OBSERVATION III.

(Docteur Jean VILLAR.)

Mme B..., 32 ans, vient nous consulter la première fois le 16 juin 1930.

Nous relevons comme antécédents : une appendicectomie en 1929, un accouchement en 1921, un autre en 1926. Depuis, ni grossesse ni fausse couche. Elle est très abondamment réglée (huit jours par mois).

Depuis son dernier accouchement, elle ressent de la fatigue et elle maigrit beaucoup, bien que son appétit soit conservé.

Elle est surtout tourmentée depuis deux ans par des troubles nerveux qui ne font que croître : irritabilité, périodes d'excitation suivies de périodes de dépression, crises de larmes, accès subits de colère, angoisse et émotivité anxieuses, palpitations, fatigabilité extrême, nausées fréquentes. Tous ces symptômes s'exagèrent au moment des règles.

A l'examen, nous ne relevons aucune lésion organique. L'appareil génital est normal. Pas de syndrome d'insuffisance ovarienne. Quelques signes d'hyperthyroïdie : légère tachycardie, yeux brillants, maigreur; mais ni gros cou ni tremblement.

La malade ne voulant plus d'enfants avoue s'adonner aux *fraudes* depuis sa dernière grossesse. Ayant en mémoire un récent article du docteur Sédillot sur la thérapeutique des fraudes anticonceptionnelles, nous l'appliquons chez cette malade.

Les résultats sont surprenants. L'ingestion d'Androstine et les injections vaginales suivant immédiatement les rapports transforment rapidement la malade.

Revue fin août 1930, elle a engraisé de 2 kilos. Tous les signes nerveux ont disparu et l'état général est excellent.

OBSERVATION IV.

(Docteur DROUIN.)

Femme de 28 ans, mariée depuis trois ans. Milieu de moyenne bourgeoisie. Pas d'enfants. Règles irrégulières comme date d'apparition et comme durée. Chaque période menstruelle s'annonce de cinq à huit jours à l'avance par une nervosité spéciale : aigreur du caractère, irritabilité ou, au contraire, exubérance sans causes. Les règles s'accompagnent de tension douloureuse des seins, de migraines, de gonflement du cou. Interrogée, la malade reconnaît n'avoir avec son mari que des *rapports incomplets* s'accompagnant parfois d'orgasme, mais celui-ci interrompu avant son épanouissement final; elle reste la plupart du temps « sur ses nerfs ». De son avis même, les troubles de caractère qu'elle présente sont sous la dépendance de sa vie sexuelle. Elle sent bien qu'il lui manque quelque chose, mais aucun raisonnement ne peut lui faire admettre la nécessité de la maternité. Elle s'en exagère les dangers et les inconvénients, avec cette propension au grossissement pessimiste qu'elle reconnaît apporter à toute chose. Toute tentative de renoncement aux habitudes malthusiennes paraissant pour le moment

vouée à l'échec, le traitement androstinien est institué; la malade en connaît la nature, mais se montre parfaitement sceptique quant aux résultats.

Commencé deux jours après la fin d'une période menstruelle, ce traitement est continué pendant vingt-deux jours. La malade est alors surprise par l'apparition des règles qu'elle n'attendait que trois jours plus tard. Elles sont apparues un matin, au réveil, sans avoir été annoncées par aucun phénomène ni psychique, ni physique. Pendant toute la durée du traitement la malade n'a présenté, de son aveu même, que des sautes d'humeur insignifiantes.

Le traitement est continué ensuite, selon le même rythme pendant deux mois et avec le même résultat. Il est ensuite interrompu, par négligence, pendant deux autres mois. Le premier mois sans Androstine se passe fort bien, mais, au cours du second, les troubles réapparaissent, la malade se montre nerveuse, irritable, les règles sont douloureuses et d'elle-même la malade revient au traitement. Depuis une année environ, elle fait alternativement une cure de vingt jours, attend la venue des règles, se passe d'opothérapie pendant la seconde période inter-menstruelle suivante, puis reprend vingt jours de traitement.

Au cours de cette année, elle a subi plusieurs chocs moraux réellement pénibles; elle les a supportés « philosophiquement » avec le minimum de réactions.

OBSERVATION V.

(Docteur PIERRA.)

Mme P. B..., 30 ans, vient me consulter pour la première fois en juillet 1922 pour du prurit vulvaire très accentué et rebelle à tous les traitements essayés jusqu'ici. Frappé de la fixité de son regard et d'une sorte d'hébétude générale qu'elle présente, je l'interroge et j'apprends que, mariée avec un homme très jeune et qui est évidemment un grand « génital », elle a des rapports sexuels très fréquents (plusieurs fois par jour), qui ne lui laissent que fatigue et énervement, parce qu'ils sont trop rapides, son mari ne voulant pas d'enfants et n'ayant jamais pratiqué que des *coïts incomplets*.

Je prescris l'hydrothérapie tiède ainsi qu'un traitement médicamenteux consistant surtout en préparations phosphorées. Je ne revois plus cette jeune femme, mais j'apprends bientôt qu'elle est devenue veuve.

En juin 1924, Mme P. B... vient me consulter de nouveau. Elle

s'est remariée depuis quelques mois et s'étonne de la persistance de ses troubles, puisque je les avais attribués à l'énervement où la laissaient des relations sexuelles trop fréquentes et trop rapides, et que maintenant, me dit-elle, tout se passe à son gré. Mais elle doit convenir que les rapports restent incomplets comme devant, le second mari ne voulant pas plus d'enfant que le premier.

Désespérant de vaincre des habitudes aussi invétérées, je prescrivis six comprimés d'Andröstine par jour, pendant dix jours par mois. Ce traitement est poursuivi régulièrement tout l'été. En décembre, l'irritation a disparu, le sommeil est redevenu normal et la gaieté de jadis est revenue. La guérison paraît complète.

(Cette observation est intéressante parce que l'épreuve du second mari semble bien montrer que les troubles ne trouvent pas leur source dans le manque de satisfaction génitale, mais dans le défaut de résorption spermatique).

OBSERVATION VI.

(Docteur COURBIN, médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre).

Mlle J... Il est rare que nous assistions à l'arrivée de nos clients dans le salon d'attente; c'est dommage, car il y a là une mine d'observations utiles. C'est ainsi que Mlle J..., *jeune fille prolongée...* jusqu'à 46 ans, fit irruption dans notre salon, le 22 juillet 1929, à la manière d'un pot de fleurs dans un magasin de porcelaines. Cache-poussière gris chiffonné, véritable jardin multicolore en guise de chapeau sur la nuque, une valise à chaque main — elle descendait du train directement chez son médecin, qui devait lui indiquer sur-le-champ le gîte, l'hôtel, le traitement, etc.

La consultation dura plus d'une heure. La première demi-heure fut un soliloque de plaintes discordantes, sur tous les sujets, un récit qui voulait être aussi entier et aussi complet que possible d'une vie sainte — et qui ne fut qu'une cascade de parenthèses et de jérémiades.

Dans ce torrent de phrases se courant les unes après les autres comme le flot du gave, je compris trois choses : le point de départ de l'exaltation extraordinaire de Mlle J..., c'était la mort subite de son frère, à 38 ans, survenue deux ans auparavant; la crainte d'un sort semblable; le fait que les divers médecins qu'elle avait consultés s'étaient rapidement dérobés devant ce cas inclassable et particulièrement encombrant.

Remettant à plus tard le soin de comprendre cet être agité, paradoxal, excentrique, que toute la ville devait connaître en moins de

vingt-quatre heures, j'entrepris son examen pour voir s'il existait des contre-indications aux bains les plus sédatifs de la station, qui s'imposaient. La langue était sale. Mlle J... mangeait fort peu, ne supportait que l'insipide cuisine au lait, se gavait de nouilles et de panades. Effectivement, il y avait des signes de colite évidente : spasme du côlon gauche, gros amas stercoral dans la fosse iliaque droite, d'aspect si tumoral que je demandai des explications. Elle m'apprit alors que c'était là un kyste de l'ovaire, qu'on avait voulu l'opérer... qu'elle avait des crises très douloureuses dans le flanc droit, qu'alors sa tumeur grossissait... Qu'y avait-il de vrai dans tout cela ? En réalité, cette tumeur devait disparaître très rapidement par une bonne prise d'huile de ricin. Le cœur et l'aorte étaient normaux, le pouls à 80, mais la pression fut impossible à prendre au Pachon, en raison de l'extrême faiblesse de l'indice. Il y avait, en outre, des signes d'insuffisance circulatoire des extrémités : pieds et mains étaient glacés. J'appris qu'en plein été on usait de bouillottes en permanence. Rien aux poumons. Dans les urines, phosphatrise abondante. Pas de lésion organique du système nerveux : réflexes vifs, insensibilité cornéenne et pharyngée. Hypersensibilité au toucher du flanc droit et de la cuisse droite où le moindre frôlement de la peau amène des réactions désordonnées. Le R. O. C. est normal : + 4. Il existe enfin un goitre léger sans signes basedowiens.

Traitement : purgation le lendemain, puis bains de Salut.

Le lendemain, Mlle J... était au lit. Très fatiguée par sa purgation, elle me raconta qu'elle ne supportait pas l'automobile, que les heurts de la route « exaspéraient son côté droit » et qu'elle se refusait catégoriquement à la cure indiquée.

À la faveur de sa fatigue, je puis l'interroger. Décidément, c'était vraiment une colitique ancienne, avec constipation rebelle, « épisodes de météorisme » et débâcles de membranes.

Dans son passé, pas de maladie à signaler, mais de grosses tendances mystiques que je n'ai pu préciser. Infirmière volontaire pendant la guerre, elle a servi noblement comme tant d'autres. La guerre finie, elle a consacré son activité aux pauvres de la ville. Son « déséquilibre » — c'est le mot par lequel elle se définit — date de la perte de son frère, mort, dans l'escalier de la maison, « d'hémorragie cérébrale foudroyante ».

Depuis lors, les tendances mystiques se sont accusées; elle craint le sort de son frère, mais sans anxiété, car elle « est toujours prête ».

Vieille fille, elle n'a rien connu des émois de l'amour. « Vous faites fausse route, docteur... Ne cherchez pas de ce côté ! » C'est vrai, j'oubliais ! le mysticisme, sublimation d'autres tendances!.. ..

Le troisième jour, Mlle J... voulut se lever, mais se déclara incapable de marcher. Il n'y avait plus rien dans la fosse iliaque. Elle se plaignait du flanc droit plus que jamais. Pourtant, rien dans la loge rénale, rien dans l'articulation de la hanche. Et alors commença une longue période de plus d'un mois où à force de persuasion, je finis par la décider à sortir, à faire quelques pas, à se rendre aux thermes, à prendre quelques bains, mais jamais elle ne quittait ses deux cannes.

C'est le moment où elle commença le traitement par l'Andrôstine. Elle en reçut 24 piqûres. Son exaltation tomba, et, dans les conversations nombreuses que j'eus avec elle, je pus mesurer la lucidité et la perspicacité de son jugement, son calme, son brio tranquille dans une parfaite sérénité, son allure de sainteté.

Son allure désordonnée, puis quasi béquillarde, avaient fait place à une démarche aisée et élégante.

J'ai rarement assisté dans ma vie à une transformation pareille. Je revois tous les ans Mlle J... Son équilibre persiste. J'ajouterai qu'elle fait régulièrement tous les ans trois séries d'Andrôstine.

Evidemment, il est difficile de tirer de cette histoire, qui est un véritable roman, des conclusions absolument sûres, car il s'y mêlait un facteur pithiatique évident, qui fut peut-être amélioré par la suggestion.

Mais tout n'était pas suggestion dans ses troubles du caractère et son exaltation psychique. Le psychologue y verrait avec raison une résultante intellectuelle d'un excès de continence et l'argument thérapeutique des bons effets de l'Andrôstine corroborerait son opinion.

OBSERVATION VII.

(Docteur COURBIN.)

Mlle L..., 48 ans, se plaint des troubles habituels à la ménopause : bouffées de chaleur fréquentes, instabilité, migraines.

Elle arrive d'ailleurs de la Maison de santé du docteur Dubois, à Saujon, où elle a été traitée pour épisode mélancolique léger. Malgré la thérapeutique mise en œuvre, elle a maigri de 21 kilos et son état n'a pas changé.

Elle est déprimée, triste, « pleure plusieurs fois par jour sans raison » et « n'a plus goût à rien, même à la lecture du feuilleton », sa distraction favorite. A l'examen, deux faits importants à noter : l'état de l'utérus, gros, scléreux, dur, sans fibrome proprement dit, et l'état de sa pression artérielle : 20/12, avec indice faible : 4. Pas de signes fonctionnels d'hypertension, urines normales, cœur excel-

lent. Rien par ailleurs. L'état de la malade semble demeurer stationnaire ou s'aggraver légèrement du fait qu'elle est en proie depuis deux mois à une insomnie à peu près complète et résistant aux hypnagogues prescrits : gardénal, somnifène.

Antécédents et passé sans intérêt.

En résumé, troubles de la ménopause avec hypertension et petite mélancolie.

Traitement mixte : thermal et endocrinien.

La malade a fait une cure de bains de Salut quotidiens pris le soir, à 6 heures, à 34 degrés, de trois quarts d'heure. Tous les deux jours, piqûre d'Androstine.

Quinze jours après, la malade accusait elle-même une impression de détente. La pression était de 17/10, l'indice de 2, mais le sommeil restait fort insuffisant. Elle prit alors un bain de Salut le matin, un bain de Grandpré (source de Bagnères appartenant à un particulier qui consentit à ce traitement), à 10 h. 30 du soir. L'Androstine fut continuée.

Résultats excellents : la malade quitta Bagnères après un mois et demi de traitement, complètement guérie. Dans les deux mois qui suivirent, elle reprit 10 kilos, et, durant toute l'année, vécut d'une vie normale. Tous les trois mois, elle fit une série de piqûres d'Androstine.

Revue en 1930, à la suite d'un épisode nerveux banal (instabilité, dépression), consécutif à des chagrins de famille, elle refit identiquement la cure mixte de l'année précédente avec plein succès. En 1931, la guérison se maintint parfaite.

OBSERVATION VIII.

(Docteur KRAUT.)

Mlle N..., *célibataire*, 53 ans, réglée régulièrement avec quelques douleurs, jusqu'à il y a un an et demi. Bonne santé habituelle, à part emphysème ancien (bossue). Il y a un an et demi, au moment où, pour la première fois, les règles commencèrent à être irrégulières (en retard le plus souvent), elle fut prise de crises douloureuses, horriblement douloureuses, à point de départ ovarien, qui la tordait. C'est une vierge d'une pudibonderie outrée. Pendant plusieurs mois, mon seul rôle fut de la calmer avec une piqûre de morphine qui lui ramenait vite le calme complet. Tout rentrait dans l'ordre pour un mois, six semaines, quinze jours, huit jours parfois. Au moment de ces crises, elle me faisait appeler. La crise passée, elle ne tolérait pas qu'on parlât de « ces choses ». Bains, lavements

laudanisés, opothérapie pluriglandulaire, furent essayés sans succès. Je réussis un jour, à force de persuasion, à voir son ventre, à le palper : indolore .

Les crises se répétant, avec l'aide de sa famille, on réussit à lui faire admettre un toucher vaginal. Ce toucher, fait à la course chez une malade qui se défendait, serrait les cuisses, criait, fut négatif.

Les crises se succédant, je fis appel à un confrère pour me couvrir.

Examen complet = 0. Rien, rien, ovaires normaux, non scléreux, non kystiques.

Que faire ? Les règles continuaient à venir très irrégulières. Une seule espérance : le calme de la ménopause complète. Ce pouvait être long, il y a de cela huit ou neuf mois et les règles persistent toujours. La malade, à bout de courage, allait jusqu'à demander une castration pour être débarrassée. C'était aller un peu loin. C'est alors que j'eus idée de lui proposer de l'Androstine.

L'effet du traitement fut extraordinairement marqué et rapide. A la fin du premier flacon (8 comprimés par jour), on attendit : huit, quinze, trente jours se passèrent sans aucune crise. Deuxième flacon (5 comprimés par jour), deux mois et demi passèrent sans crise. Au total, trois mois et demi de calme; puis quelques « inquiétudes » qui firent reprendre le traitement. Mais le dernier flacon est fini voilà plus de deux mois, et, pour la première fois, après neuf mois de calme, ce soir, crise violente.

Il est certain que, sans avoir obtenu une « guérison » radicale, neuf mois se sont passés pendant lesquels cette malade fut soumise à l'Androstine sans qu'aucune douleur se montrât. Je crois que si on continue la médication systématiquement on obtiendra un résultat complet...

OBSERVATION IX.

(Docteur SAMMULER.)

Demoiselle de 40 ans présentant des troubles psychiques graves accompagnés d'excentricités (courant après les jeunes gens, etc.), telles qu'elles ont amené une enquête sur son compte d'après ordre de la préfecture. Internement envisagé. Tous les papiers étaient prêts pour la mise en observation à l'asile. J'ai désiré revoir cette personne avant son départ et lui faire suivre un traitement par l'Androstine. Elle en prit 3 flacons de suite, 6 pilules par jour. Depuis un an et demi le calme est revenu, circule en ville très posée, à l'étonnement de tout le monde.

OBSERVATION X.

(Docteur Jean VILLAR.)

Jeune fille de 28 ans présentant depuis trois ans de l'irritabilité, des sautes d'humeur, des périodes de dépression suivies de périodes d'excitation, des migraines fréquentes, du spasme laryngo-œsophagien, des fourmillements.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Les règles ont toujours été peu abondantes; en outre, la malade a des engelures tous les hivers et présente une légère infiltration hypodermique.

A l'examen, on relève une légère tachycardie sans exophtalmie ni tremblement.

Le premier traitement institué : opothérapie ovarienne sous diverses formes (extrait glycéринé, cachets d'ovaire Fournier, Exovarine, Agomensine) améliore très légèrement la malade : les règles sont devenues plus importantes, mais les signes nerveux et généraux ne subissent aucune modification. On ordonne alors un traitement androstinien pour lutter contre ces troubles qui relèvent vraisemblablement d'une *origine carentielle*. On assiste alors à une amélioration rapide et considérable de la malade, surtout au point de vue caractère, humeur, irritabilité. Tous les phénomènes nerveux disparaissent.

Mais, trois mois après, le traitement ne semble plus agir et de nouveaux troubles font leur apparition. Ils disparaissent cette fois par l'administration de Gynergène Sandoz.

OBSERVATION XI

(Personnelle).

Mlle C..., 45 ans, n'est plus réglée depuis six mois. Depuis quelques années, elle est devenue nerveuse, en proie à des crises de neurasthénie que l'on peut facilement mettre sur le compte d'un *célibat prolongé*. En outre, elle a maigri de 6 kilos en deux ans.

Actuellement, elle se plaint de troubles divers dont plusieurs peuvent être rattachés à la ménopause. C'est ainsi que, depuis un an, elle souffre de bouffées de chaleur, de palpitations, de crampes dans les membres inférieurs, de douleurs dans la hanche et l'épaule droites, accentuées aux « changements de lune », dit-elle. Les troubles nerveux la tourmentent beaucoup, ses nuits sont peuplées de cauchemars; elle est devenue triste, découragée; elle a « peur de l'avenir », elle est tourmentée par des idées fixes, obsédantes; enfin elle craint surtout de perdre la raison.

Au point de vue digestif, nous notons un état saburral des voies digestives, avec foie douloureux, constipation et hémorroïdes. Appétit capricieux. Aérophagie. Douleurs spontanées et à la pression du creux épigastrique.

Au point de vue génital, pertes blanches occasionnant de l'irritation, légère brûlure à la miction.

Mais ce qui tourmente surtout Mlle C..., c'est l'aggravation d'un état séborrhéique avec chute des cheveux et eczéma du visage qui ne fait qu'accentuer son état nerveux.

Le 11 avril 1932, nous soumettons Mlle C... au traitement andros-tinien. Le premier résultat fut l'arrêt de la chute des cheveux et de l'eczéma. Cette amélioration eut certainement un effet psychique que nous ne cherchons pas à dissimuler et qui contribua sans doute à la rapidité de la guérison. Le caractère de la malade est rapidement modifié, elle devient moins impressionnable, moins inquiète, moins irritable. Elle est plus calme et elle dort bien, la gaîté a fait place à sa méchante humeur.

Je revois Mlle C... le 16 juin; elle a engraisé, ses troubles ménopausiques ont totalement disparu, son moral est excellent. Seul son eczéma ne semble pas guéri et réapparaît à chaque interruption du traitement.

Mlle C... continue la médication.

OBSERVATION XII

(Personnelle).

Mme B..., 29 ans, soignée depuis un an et demi pour une maladie d'estomac (?) paraissant devoir résister à tout traitement.

La maladie débuta par des troubles gastriques assez singuliers : périodes d'anorexie alternant avec des périodes de boulimie. C'est ainsi que Mme B..., après avoir mangé de bon appétit, digéré facilement, a le regret de voir le lendemain son estomac se refuser à absorber toute nourriture. Elle a à la fois une impression de vide et de plénitude et compare ses malaises à des « vertiges d'estomac ». Pas de douleur à proprement parler, mais plutôt une sensation d'angoisse pénible. Quelques éructations, et c'est tout.

Cet état durant deux à trois jours, la malade se force pour manger. A peine a-t-elle absorbé quelque aliment qu'elle a une impression très nette d'étouffement. Elle en vient alors à provoquer les vomissements qui la soulagent. Elle excelle d'ailleurs dans cette pratique et elle y a fréquemment recours. Une nouvelle période d'accalmie apparaît alors, pendant laquelle Mme B... mange de fort bon appétit.

Les régimes et les médicaments les plus divers ayant échoué la-

mentablement, les examens radiologiques n'ayant apporté que des résultats contradictoires, la malade fut classée parmi les « nerveuses » et traitée par les sédatifs du S. N. Les résultats furent bons mais passagers.

L'examen des divers appareils n'a permis de rien déceler. L'état général est satisfaisant, l'amaigrissement peu marqué. On relève simplement un peu d'entérocolite muco-membraneuse, des alternatives de constipation avec débâcles diarrhéiques; quelques poussées urticariennes.

B. W. négatif; rien dans les urines.

Apprenant que *les troubles de la malade ont débuté six mois après la mort de son mari*, nous lui prescrivons l'opothérapie hétéro-sexuelle.

A la dose de 6 comprimés d'Androstine par jour, Mme B... est guérie avec une rapidité déconcertante. Cinq jours après le début du traitement elle a une petite crise qui dure vingt-quatre heures et qui devait être la dernière. En effet, pendant tout le temps que dura le traitement (3 flacons); elle n'en a plus représenté. La guérison s'est-elle maintenue ? Nous ne pouvons l'affirmer. En effet, trois mois après, Mme B... partait en voyage et, bien qu'elle nous promît de nous tenir au courant, nous n'avons plus entendu parler d'elle.

OBSERVATION XIII.

(Docteur G. LABBÉ.)

Mme G..., 29 ans, mariée depuis six mois à un chauffeur de la Compagnie du Nord, vient me consulter le 8 octobre 1929. Cette personne manifeste des troubles mentaux graves, des crises de larmes durant quatre à cinq jours, une prostration profonde; une anorexie complète. Questionnée, j'apprends qu'elle est *délaissée depuis plusieurs années par son mari*, qui avait appris qu'elle avait eu un amant deux ou trois ans auparavant, lequel amant l'avait « lâchée assez brusquement », d'où choc émotionnel intense. Le médecin de la Compagnie du Nord à Paris l'avait envoyée au professeur Claude, qui, constatant un délire de persécution caractérisé, l'avait fait interner à Saint-Anne, où elle reste un mois et demi. Gardénal et douches l'avaient un peu calmée. Venue dans sa famille à Jarnac, j'institue un traitement androstinien : 6 comprimés par jour. Au bout de quinze jours, cette femme est totalement modifiée : les crises de larmes ont totalement disparu, les idées de persécution se sont dissipées au point qu'elle rit quand je lui parle, ne pouvant imaginer qu'elle ait pu tenir des propos aussi incohérents; moral rééquilibré,

appétit revenu; s'est remise au ménage, à faire des travaux de broderie; à soigner son enfant, qu'elle avait abandonné. Venue le 31 octobre 1929, tout va pour le mieux au foyer. Les sens génitaux surexcités ont été calmés en quinze jours par l'Androstine.

OBSERVATION XIV.

(Docteur G. LABBÉ.)

Mme D..., femme d'employé du chemin de fer, 47 ans; son mari, même âge. *Délaissée* par lui parce qu'elle avait souvent des crises d'épilepsie, depuis quinze ans au moins : crises typiques avec morsures de la langue et mictions incoercibles. Zones d'insensibilité à côté de zones d'hypersensibilité (particulièrement dans le dos), plus des douleurs névralgiques que rien ne pouvait calmer. Les crises se renouvellent tous les deux ou trois jours. Vue au mois de février 1928 pour la première fois, je la mets au traitement androstinien : 6 comprimés par jour, plus 1/2 centigramme de belladone. Pendant sept mois, cette malade n'a plus de crises; elle cesse le traitement, nouvelle crise. Vue à Paris fin novembre 1928, à la clinique Saint-Martin, où elle consulte de docteur Drouin, qui l'exhorte à suivre le traitement par l'Androstine. A présent, dit-elle même, qu'elle se passe très bien de son mari, qu'elle ne souffre plus de sa carence génitale qui l'obsédait autrefois. Son état général est bon et peut être considéré comme à peu près normal. Quelques brèves crises épileptiques ou absences de temps à autre, au moment des règles notamment.

OBSERVATION XV.

(Docteur PREVEL.)

Jeune femme de 31 ans. Précocement réglée. Toujours pertes abondantes au moment des menstrues. Très active, très nerveuse.

Ayant perdu son mari, brusquement s'installe chez elle une constipation intense, avec phénomènes douloureux assez accentués du côté de l'S iliaque pour nécessiter à deux reprises un examen radiologique; fait par un radiologue très compétent, cet examen ne signala comme anomalie notable qu'un spasme colique gauche, à siège variable. Chose curieuse : ce spasme colique cesse au moment des règles, car la constipation disparaît pendant toute leur durée et les selles deviennent normales, pour cesser de nouveau deux ou trois jours après la fin du flux menstruel. Cette constipation est

traitée avec les méthodes les plus variées pendant trois ans sans amélioration.

Pendant ce temps, le nervosisme de la malade augmente; les nuits se passent souvent sans sommeil, remplies par les réflexions les plus mélancoliques; la malade, jusque-là pleine de courage, s'attriste. Il est aisé de soupçonner l'influence très importante pour ne pas dire prépondérante de l'instinct sexuel trop développé et contrarié dans les troubles à la fois organiques et mentaux dont souffre cette malade.

Pour nous assurer de l'exactitude de notre diagnostic et du même coup tenter d'améliorer l'état de la malade, nous lui prescrivons sous un nom fictif un extrait testiculaire (Oposol orchitique de Lematte) à prendre *per os*, 2 cuillerées à café le matin au réveil et 2 le soir, une heure avant le repas.

Au bout de huit jours, les nuits deviennent bonnes, la malade se dit moins nerveuse, encore fatiguée cependant; les règles qui suivent le début de la médication sont très nettement diminuées, surtout comme durée (quatre jours de moins) et comme abondance. D'autre part, fait extrêmement intéressant, les selles ont une tendance très nette à redevenir normales; en dehors des règles, il n'y a pas de crise douloureuse du côté de l'S iliaque.

La médication est continuée à raison des mêmes doses (3 semaines sur 4). L'état est nettement meilleur, surtout au triple point de vue de l'état nerveux général, de la régularisation de l'écoulement menstruel et du fonctionnement intestinal.

Il est à remarquer que les règles n'avaient jamais été influencées depuis la puberté et avaient toujours été pour la malade l'occasion de fatigues très notables à cause de leur abondance. Pour la première fois depuis plus de trois ans, la constipation, qui ne cédait que pendant les règles, a disparu presque complètement, l'exonération intestinale se fait, sans médicament ni lavement, presque tous les jours.

Tenue naturellement dans l'ignorance de la nature de la médication prise, la malade est tout étonnée de son amélioration et ne sait trop le répéter.

OBSERVATION XVI

(Personnelle).

Mme G..., 40 ans. Toujours bien portante. Mère de deux enfants bien portants. Présente tous les mois, au moment de ses règles, qui sont douloureuses et peu abondantes, une toux sèche sans expectoration, l'empêchant de dormir. *Mari mort depuis trois ans.*

L'examen pratiqué pendant cette période nous ayant convaincu de l'absence de lésions pulmonaires, nous avons ordonné de l'Androstine à la malade.

Le mois suivant, les règles viennent plus abondantes, indolores, et ne s'accompagnent pas de toux. Traitement continué et guérison maintenue.

OBSERVATION XVII.

(Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse,
séance du 15 octobre 1931.)

M. Raymond Sorel rapporte l'observation d'une femme de 34 ans, à hérédité vésanique chargée, elle-même petite névropathe. Mariée une première fois, mère d'un fils de dix ans, divorcée, cette jeune femme *présente depuis qu'elle vit seule* des troubles variés d'insomnie, impressions coenesthésiques bizarres, tremblement émotif, crises de pleurs, phénomènes vaso-moteurs, impossibilité de se fixer, phobies morbides, masturbation. Aucun sédatif ne la calme. Seuls de nouveaux rapports sexuels lui rendent son calme psychique, mais les relations qu'elle peut avoir avec un amant sont rares et n'amènent qu'un apaisement transitoire. Entre temps, elle supplée, sur notre conseil, avec un succès total aux rapprochements sexuels par un extrait orchitique, l'androstine. Un jour, les deux amants se décident au mariage. Désormais le calme psychique est définitivement rétabli chez la malade, les divers troubles disparaissent. L'imprégnation spermatique actuellement constante permet d'arrêter sans encombre l'opothérapie testiculaire. Une grossesse survient. Le cas de cette malade montre qu'il est des femmes dont l'équilibre psycho-endocrinien, ne pouvant s'accommoder du célibat, trouve dans l'opothérapie orchitique un substitut très efficace de l'imprégnation spermatique naturelle.

OBSERVATION XVIII.

(Docteur Vincent Du LAURIER.)

Mme M..., employée au ministère des Finances, *veuve de guerre* depuis 1914, 46 ans. En février 1926, la malade vient nous consulter pour un malaise général sans qu'elle puisse localiser une douleur vraie. Les règles sont normales en abondance, mais irrégulières, ayant toujours un retard d'une à plusieurs semaines. L'examen général ne montre rien d'anormal. Sang et urines normaux. Tension, 9/14 au Vaquez. Le toucher révèle un ovaire gauche un peu

douloureux, pas de métrite. Le malaise dont se plaint la malade, et qui consiste surtout en une sorte de courbature avec sensation de pesanteur au niveau de l'encéphale, est plus accentué pendant la période qui précède les règles. Il s'accompagne d'un état neurasthénique assez marqué. Mme M..., restée fidèle au souvenir de son mari, ne pense qu'au malheur qui l'a frappée et ne s'habitue pas à la situation pénible dans laquelle elle se trouve aujourd'hui. Ne sortant jamais, sauf pour aller à son bureau, ses nuits sont coupées de longues insomnies avec crises de désespoir. Elle nous confie que l'idée du suicide l'a souvent hantée.

Nous instituons immédiatement un traitement intensif par l'Androstine (ampoules et comprimés) sans autre médicament. Dès la deuxième semaine, les nuits sont meilleures. La tendance au suicide a disparu. (Ajoutons toutefois qu'un traitement moral fut en même temps appliqué.) Le « malaise » dont se plaignait la malade a diminué d'intensité et n'est plus qu'intermittent. Les règles apparaissent avec cinq jours de retard seulement.

Un mois après, à la même date, seconde série d'Androstine : ampoules et comprimés. Cette fois, le résultat est encore plus surprenant, car, à la suite de cette seconde série, l'état moral de Mme M... semble changer complètement. La neurasthénie a disparu, les nuits sont bonnes, la malade ne parle plus de désespoir ni de suicide. Elle va à son travail sans déplaisir et va chaque dimanche dans sa famille. Son aspect physique lui-même s'est modifié, et son attitude accablée a fait place à une allure décidée, étonnante pour ceux qui connurent Mme M... avant son traitement. Les règles viennent à peu près à la date normale. Nous conseillons un traitement androstinien par voie buccale tous les mois avant les règles.

Dernièrement, nous revoyons notre ancienne malade en bonne santé et qui nous fait part de son intention de se remarier. Bien que ce résultat soit inattendu, nous conseillons vivement à Mme M... de mettre son projet à exécution.

OBSERVATION XIX.

(Docteur PEURET.)

Mme Ch. D..., 36 ans. Aucun passé général ou local intéressant, grossesse normale, il y a douze ans, avec enfant vivant. Mari « froid » (peut-être à cause d'une syphilis ignorée de sa femme); *aucun rapport sexuel depuis cinq ans*; la femme, très scrupuleuse, n'a recherché aucune compensation. Depuis quatre ans, troubles menstruels variables portant sur la périodicité et la durée, soit en

plus soit en moins. Apparition de troubles digestifs, anorexie, dilatation gastrique, constipation, amaigrissement. Au point de vue psychique, état d'excitation cérébrale, irritabilité du caractère, insomnie complète, idées de suicide très tenaces. La malade a recherché un soulagement dans des pratiques solitaires qui n'ont fait qu'exacerber son état.

Traitement suivi de 12 ampoules d'Orchitine Fournier suivi d'amélioration. Puis, quinze jours par mois, 4 comprimés d'Androstine. Guérison depuis un an.

OBSERVATION XX.

(Docteur WEBER.)

Mme Sh..., 25 ans, mariée depuis quatre ans, stérile. Peu après le mariage, les règles, auparavant normales, sont devenues faibles, irrégulières, avec souvent des aménorrhées de plusieurs mois. En même temps, la malade augmentait considérablement de poids et, de temps en temps, des bouffées de chaleur se produisaient. *Le mari paraît être presque impuissant.*

Femme grasse, utérus petit, ovaires non palpables.

On ordonne de fortes doses d'Androstine (8 comprimés par jour). Au bout de quinze jours, les bouffées de chaleur disparaissent. Après cinq semaines, la menstruation est normale.

OBSERVATION XXI.

(Docteur PIERRA.)

Mme S..., 35 ans. Avant son mariage, qui remonte à 11 ans, elle avait des rapports normaux avec *son mari, actuellement impuissant*. A l'examen, aucune lésion génitale. Hyperesthésie très marquée de la région vulvaire, névralgie du nerf honteux interne.

Plus de relations conjugales normales, le mari, croyant ainsi complaire à sa femme et se l'attacher (bien que celle-ci avoue être devenue tout à fait indifférente en la matière), n'est pas sans pratiquer assez fréquemment sur elle des manœuvres qui ne font qu'exaspérer son appétit sexuel, sans lui donner les satisfactions qu'elle a connues autrefois.

Hantise de la grossesse, dyspepsie, hypotension, névrose intense... Guérison par l'Androstine.

OBSERVATION XXII

(Personnelle).

Mme S..., 34 ans. Réglée à 15 ans, toujours peu abondamment, avec périodes d'aménorrhée durant deux à trois mois. Après son mariage (1920), à 22 ans, la menstruation s'établit suivant un rythme régulier. En 1923, accouchement normal, enfant vivant et bien constitué. En 1926, *le mari de Mme S... devient infirme* à la suite d'un accident. Progressivement, Mme S... devient aussi mal réglée qu'avant son mariage et, depuis le mois de mai 1931, elle n'a pas eu ses règles.

Outre l'aménorrhée, on relève un état neurasthénique accompagné de lassitude, incapacité de se tenir longtemps debout, insomnie, constipation opiniâtre.

A l'examen (octobre 1931), on trouve un utérus petit et des annexes gauches douloureuses. Rien à signaler par ailleurs. L'opothérapie ovarienne n'ayant donné aucun résultat, nous essayons l'opothérapie orchitique (Androstine) en piqûres (1 piqûre tous les deux jours). Après une première série de 20 ampoules, on note une amélioration manifeste de l'état général et de l'état névrosique, mais l'aménorrhée reste complète.

Le 18 décembre, nouvelle série, à laquelle nous joignons un traitement *per os*. Le 11 janvier, Mme S... se plaint de violents maux de tête et de nausées. Les troubles s'accroissant le lendemain, nous nous proposons de diminuer les doses de la médication que nous rendions responsable de ces troubles. Mais, le 13 janvier, après 8 mois d'aménorrhée, Mme S... a un léger écoulement sanguin qui dure deux jours.

La médication est continuée par pilules (20 jours), le mois suivant. Les règles réapparaissent et durent trois jours.

Depuis Mme S... prend à l'Androstine dix jours par mois et reste réglée régulièrement trois à quatre jours.

OBSERVATION XXIII.

(Docteur PIERRA.)

Mme G..., 28 ans, réglée à 16 ans seulement; elle l'a toujours été faiblement et irrégulièrement, avec de longues périodes d'*aménorrhée*, qui durent parfois tout l'hiver. Tendance marquée à l'émbonpoint. Quelques signes de masculinisme, en particulier du côté du système pileux.

A mon premier examen, je trouve un utérus petit, fortement défléchi, avec un col petit, mais perméable.

Traitement : extrait d'ovaire (200 cg. par jour), hydrothérapie, emménagogues divers. Sous l'influence de ce traitement, la malade a ses règles à trois reprises dans le courant de l'hiver, puis elles disparaissent de nouveau, et cette fois complètement, bien que la malade ait un peu maigri et qu'elle continue très régulièrement l'opothérapie prescrite.

Traitement ovarien intensif (40 cg. par jour) sans aucun résultat. Je donne alors de l'Androstine à la dose de 4, puis 6 comprimés par jour. En juillet, pour la première fois depuis un an, les règles apparaissent et durent deux jours; en août, elles reparaissent et durent trois jours.

Durant tout l'automne et l'hiver suivant, elles continueront avec régularité, mais seulement quand la malade prendra l'extrait complémentaire; dès qu'elle cesse d'en prendre, elle n'est plus réglée, bien qu'elle remplace cette médication par l'opothérapie ovarienne à haute dose associée à de petites doses de thyroïde.

C'est ainsi qu'ayant pris de l'extrait complémentaire pendant dix jours en juin, elle a des règles abondantes; en juillet, pas d'extrait complémentaire, pas de règles; en août, elle reprend sous ma surveillance 6 comprimés par jour, les règles reviennent avec deux jours d'avance et durant cinq jours, il en est de même en septembre.

OBSERVATION XXIV.

(Docteur PIERRA.)

Mme J..., 30 ans. Puberté normale. Aucun antécédent intéressant.

Un an après son mariage, fait une fausse couche de trois mois qui nécessite un curettage. A la suite de celui-ci, les règles n'ont pas reparu, et l'aménorrhée paraît définitive. Il n'existe plus le moindre molimen. La malade a engraisé de 3 kilos et elle se plaint de perdre la mémoire. Les rapports sexuels sont normaux et non douloureux.

A mon premier examen, le 22 juillet, je trouve un utérus petit, col petit et conique; l'hystérométrie assez difficile donne 5 cm. 5. Les annexes sont normales et ne présentent aucune sensibilité.

Traitement : ovaire (20 cg.), thyroïde (1 cg.), gymnastique pelvienne congestionnante, bains ferrugineux (cure de Luxeuil), douches plantaires froides.

Je revois Mme J... le 12 août. Il existe une vague sensibilité au niveau de l'ovaire droit, mais l'utérus reste petit. Poids : 68 kg. 700 pour 1 m. 60.

Pendant l'année qui suit, la malade continue très régulièrement

l'usage des cachets thyro-ovariens, dont l'administration provoque quelques douleurs lombaires, mais n'amènent pas les règles.

Le 14 juillet, nouvel examen : le poids est de 71 kgs; l'ovaire droit reste un peu sensible, et l'utérus a peut-être légèrement augmenté de volume.

Traitement : cure ferrugineuse, hydrothérapie, massages, cure de rééducation (régime sec, purgation et diète hydrique hebdomadaire). Le poids tombe en dix jours à 69 kg. 400. Mais les règles n'apparaissent pas.

A partir du 23 juillet, je donne 4, puis 3, puis 6 comprimés d'Androstine par jour. Le 3 août, le poids est encore descendu à 68 kg. 200; et il semble s'être produit quelques phénomènes de molimen menstruel. Examen génital : utérus augmenté de volume (hystérométrie, 6 cm. $1/4$); ovaire droit sensible et nettement perceptible.

Au départ de la malade le 10 août, le poids est tombé à 66 kilos. Le ventre est sensible, les seins un peu tendus; la malade a l'impression que ses règles sont imminentes. Celles-ci ne surviennent cependant qu'en septembre, après trois années entières d'aménorrhée, mais reparaissent ensuite régulièrement jusqu'en décembre.

Une grossesse survient au début de janvier. Elle accouche normalement.

OBSERVATION XXV.

Une jeune fille de 22 ans, bien développée, vient consulter, en septembre 1931, pour un ensemble de petits signes : frilosité, nervosisme, anxiété nocturne.

Elle accuse en même temps une douleur abdominale légère du côté droit. Ses douleurs avaient été si intenses au mois de mai 1931 qu'elle avait été opérée par un chirurgien pour une appendicite et que les douleurs actuelles sont rattachées à une adhérence.

Elle accuse *quelques troubles des règles*, qui sont pénibles, extrêmement douloureuses une fois sur deux, l'obligeant même à s'aliter le premier jour et dont la durée ne dépasse pas quatre jours.

Echec de toute l'opothérapie ovarienne, qui a été tentée par les différents médecins qui l'ont traitée.

Le 20 septembre, on commence une cure d'Androcrinol à la dose d'une ampoule bi-hebdomadaire.

Le 4 octobre, les règles surviennent aussi douloureuses que d'habitude, mais d'une durée plus longue, puisqu'elles atteignent six jours. Le traitement est continué sans interruption tout le mois d'octobre. Le 1^{er} novembre, les règles, beaucoup moins doulou-

reuses, sont plus abondantes. Pour la première fois, la malade n'est pas obligée de se coucher.

Mais les petits signes de frilosité et de nervosisme persistent toujours. Cependant, l'anxiété nocturne diminue.

Depuis cette date, le traitement est continué sans interruption jusqu'au début de janvier.

Les règles de la malade sont devenues beaucoup plus longues, non douloureuses. Les petits signes ont presque complètement disparu.

Pour la première fois depuis l'âge de 14 ans, elle n'a pas eu d'engelures.

OBSERVATIONS XXVI.

Femme de 38 ans, veuve, soignée en novembre 1931 pour *dysménorrhée*, bouffées de chaleur.

On commence à la malade, le 18 novembre 1931, une cure d'extrait ovarien par la bouche, auquel on joint par voie intra-musculaire une injection tri-hebdomadaire de folliculine.

Le 10 décembre, à la date des règles, celles-ci sont toujours aussi douloureuses, et les troubles fonctionnels qui les accompagnent ne cessent point. Elles durent quatre jours, et la malade revient consulter sans aucune amélioration. On arrête les injections de folliculine, on joint au traitement buccal d'extrait ovarien des injections d'Antélobine.

Le 18 décembre, la malade revient consulter, nullement améliorée; les bouffées de chaleur sont de plus en plus marquées et elle n'a aucune amélioration du traitement suivi jusqu'ici.

Le 20 décembre, on institue un traitement par injection d'une ampoule d'Androcrinol intra-musculaire, bi-hebdomadaire, qui est poursuivi pendant toute la fin décembre et le début de janvier.

Les règles apparaissent le 6 janvier moins douloureuses, mais toujours aussi courtes. Les troubles fonctionnels n'ont guère régressé.

Le traitement est continué pendant tout le mois de janvier.

A la fin de janvier, disparition des douleurs, des bouffées de chaleur, et la malade se sent beaucoup mieux.

Le 1^{er} février, règles non douloureuses, abondantes, d'une durée de huit jours. La malade nous dit que c'est la première fois depuis son veuvage que ses époques se sont aussi bien passées.

La série d'Androcrinol est continuée pendant le mois de février.

OBSERVATION XXVII.

Il s'agit d'une femme de 32 ans, qui vient consulter pour une *aménorrhée* datant de six mois, en octobre 1931.

Elle est veuve depuis janvier 1931 et était déjà *aménorrhéique* avant son mariage. *Pendant son mariage, ses règles étaient normales*, durée quatre jours, un peu douloureuses. Jamais de grossesses, jamais de fausses couches. Le col utérin et les annexes sont en parfait état.

Echec de toutes les médications ovariennes et de l'hypophyse antérieure per os ou par voie parentérale.

Dix injections d'Androcrinol bi-hebdomadaires ramènent une période menstruelle de deux jours. Mais la malade se refuse de suivre une thérapeutique par injections plus longtemps. Elle est très améliorée. Cependant, elle continue un traitement *per os* aussi, à la dose de 9 pilules par jour sans interruption.

Depuis cette époque, les règles sont d'une durée de trois à quatre jours, assez douloureuses, mais l'*aménorrhée* a disparu.

OBSERVATION XXVIII.

(Docteur DALCHÉ.)

Femme de 42 ans, *veuve* depuis dix ans. Bonne santé habituelle jusque-là.

Atteinte de troubles de la menstruation caractérisés surtout par de l'*instabilité des règles*, dont l'abondance alternait avec des phases de pauvreté; une *dysménorrhée* des plus pénibles n'éclatait qu'à certaines périodes cataméniales, tandis que d'autres restaient absolument indolores. D'une façon très nette, les souffrances apparaissaient de nouveau vers le douzième jour, véritable *dysménorrhée intermenstruelle*, mais sans aucun écoulement, qui aurait pu faire donner le nom à la crise de fausses règles de quinzaine.

Pendant les règles et pendant la *dysménorrhée intermenstruelle* s'exaspéraient des troubles qui, moins accentués, se manifestaient aussi de tout temps. Ils étaient caractérisés par des céphalées à répétition, des bouffées de chaleur et des crises de sueur; des douleurs stomacales survenaient pour interdire certains jours même une alimentation choisie, tandis que, d'autres jours, la malade absorbait impunément les plats les plus lourds et les plus indigestes. Elle était tourmentée par une *constipation* très variable,

des palpitations, des faiblesses et des douleurs de jambes, de l'agitation, de l'insomnie.

Un jour, se déclara un *prurit généralisé*, et quelques mois après éclata un *eczéma* des mains et des bras, qui, un certain temps, menaça de se généraliser à son tour. La malheureuse se soumit aux traitements les plus judicieux : régime des plus sévères, sérothérapie, application de topiques, n'amènèrent pas de résultats appréciables. Le prurit devint tellement pénible que le sommeil était presque tout à fait perdu. Une *névropathie dépressive* s'installait.

Intervenant à mon tour, et tout en continuant le traitement dermatologique, excepté la sérothérapie que les circonstances ne permettaient pas de pratiquer facilement, je prescrivis l'extrait complémentaire.

Le résultat se montra favorable : le premier symptôme qui s'atténua fut le prurit. Au bout de trois semaines, la malade dormait, reprenait ses occupations avec goût. L'éruption eczémateuse mit plus longtemps à disparaître, mais elle s'affaiblit de façon progressive, la dysménorrhée se calma ainsi que l'agitation.

La malade n'était pas guérie, et les événements montrèrent qu'il n'y avait pas là seulement une coïncidence. Se sentant mieux, cette femme cessa le traitement par l'extrait complémentaire, l'amélioration obtenue persista assez longtemps (cinq ou six mois), mais alors survint une rechute constituée par du prurit et, ensuite, de l'eczéma des mains et des bras. Cette rechute fut attribuée à des habitudes professionnelles et se montra aussi tenace que les premiers accès. Il fallut revenir à l'extrait complémentaire qui amena une nouvelle sédation...

OBSERVATION XXIX.

(Docteur PIERRA).

Mme B..., 34 ans. Grossesse extra-utérine, opérée d'urgence, malgré un diabète accentué : *ovariotomie double* (Dartigues). Depuis lors, troubles de la ménopause : bouffées de chaleur, et surtout céphalées, palpitations, gastralgie.

Nous donnons successivement la plupart des préparations ovariennes, sans autre résultat que d'augmenter les troubles dyspeptiques.

A partir de février, traitement par l'androstine : 6, puis 4 comprimés par jour, pendant près de deux mois. Sous cette influence, les troubles s'amendent très manifestement.

Actuellement, la médication est continuée tous les mois, quinze jours au moins et l'amélioration se maintient.

OBSERVATION XXX.

(Docteur Vincent Du LAURIER.)

Mme Ch..., 32 ans, sans profession. La malade fut réglée pour la première fois à 12 ans. Règles normales en durée et en abondance, régulières. A 15 ans, parathyphoïde. A partir de son mariage, à 26 ans, les règles, toujours normales en abondance et durée, reviennent tous les vingt jours. Une première grossesse, en 1924, est extra-utérine et nécessite une intervention d'urgence (hystérectomie subtotale, avec appendicectomie), qui fut faite le 6 août 1924 par le Docteur Luzoir, chirurgien de l'Hôpital Bon-Secours. Le 1^{er} octobre 1926, la malade m'est envoyée par le Docteur Luzoir pour les troubles suivants : leucorrhée, sensation de brûlures vaginales; vaginisme, *impossibilité du coït à cause de la douleur*; lombalgie. La malade a déjà pris de l'extrait thyroïdien sans résultat, les sécrétions vaginales sont extrêmement acides (tournesol rouge instantanément). A l'examen, on se trouve en présence d'une femme obèse (85 kilos pour 1 m. 60); les bruits du cœur sont assourdis, les poumons normaux. On note une adénite sus-claviculaire droite de la grosseur d'un œuf, dont la nature ne peut être précisée (état général pulmonaire bon). T. A., 9-15; réflexes normaux. Pas de troubles digestifs. Aucun élément anormal dans les urines. B.-W. négatif. Urée sanguine normale. Au toucher, tissus souples, col normal. Le toucher est très douloureux, l'introduction d'un spéculum l'est encore plus, et l'examen direct, s'il ne montre pas de métrite, révèle l'existence d'une vaginite intense. Les sécrétions vaginales sont très acides et rougissent instantanément le tournesol. Les injections, insupportables quel que soit le liquide employé, sont suspendues par la malade; elle n'en avait d'ailleurs obtenu aucun résultat.

Mme Ch... est calme, mais paraît sincèrement désolée par son état, qui jette un trouble considérable dans son ménage et auquel elle ne peut remédier malgré la meilleure volonté. Le 1^{er} octobre 1926, un traitement par l'Androstine injectable est institué et l'on pratique immédiatement une injection de 3 cc. dans les muscles de la fesse. Le lendemain, deuxième injection de 3 cc. du côté opposé, puis piqûres à deux jours d'intervalle. Dès la quatrième piqûre d'Androstine, les sécrétions vaginales ne sont plus que très faiblement acides (le tournesol passe au rose violet très faible, lentement). Le coït a été possible et non douloureux; disparition complète de la sensation de brûlure vaginale.

Je conseille alors des injections journalières alcalines, peu

chaudes, sous faible pression et dans la position couchée. Elles sont très bien tolérées.

La malade est revue le 23 octobre : nouvelle série de 4 ampoules d'Androstine de deux jours en deux jours. Amélioration considérable à la suite de cette deuxième série : plus de leucorrhée, disparition de la lombalgie; la malade n'a plus la phobie de l'acte conjugal, ce qui nous valut la reconnaissance des deux époux. A noter également la cessation d'un léger état mélancolique, avec crises de larmes sans cause apparente.

A la fin novembre, l'état général est excellent; aucun trouble n'est réapparu. Par précaution, nous prescrivons néanmoins une série de comprimés d'Androstine (4 par jour avant les repas, pendant dix jours tous les mois). Pour combattre une certaine frigidité sexuelle, nous ajoutons en même temps des dragées d'Yohimbine (le résultat fut, paraît-il, surprenant). Enfin, vers le 20 décembre, nous revoyons Mme Ch., qui se maintient en parfait état d'équilibre psychique et physique : sensation de bien-être par suite de la diminution du poids, qui est passé de 85 kilos à 76 kilos en trois mois, sans régime spécial. La malade, enchantée de ce résultat, ne revient plus que pour faire traiter son adénite, qui a déjà diminué de moitié sous l'action des rayons U.-V. et du vaccin Vaudremer.

OBSERVATION XXXI.

(Docteur Vincent Du LAURIER.)

Mme B., 44 ans. Cette malade, obèse pléthorique, présentait des troubles endocriniens manifestes, se traduisant par des règles irrégulières (toutes les six semaines ou deux mois), douloureuses, peu abondantes, s'accompagnant de céphalée intense, avec état nauséux et d'oppression. La face est congestionnée après chaque repas. Les troubles psychiques sont peu accusés et consistent surtout dans un état de dépression nerveuse avec inaptitude au travail. La malade porte de nombreuses et volumineuses varices aux membres inférieurs. Les jambes sont œdématisées et lourdes. Poids : 83 kg. 300. Urée sanguine normale. Tension, 9-15 au Lian. Rien d'anormal dans les urines. Cœur bon. Un double traitement est institué le 12 mai 1926 : 1° injections sclérosantes à la quinine intravariqueuse; 2° injections intramusculaires d'Androstine (4 par mois), plus 4 comprimés par jour pendant dix jours. Régime : suppression complète du pain remplacé par les biscottes. Le 22 juin, c'est-à-dire un mois après, les varices ont disparu et les jambes sont de dimension normale; les règles, normales et non douloureuses.

ses, sont apparues dès la troisième piqûre d'Androstine, sans nausées, sans céphalée. La congestion de la face a beaucoup diminué; la malade se sent bien et réclame une nouvelle série de piqûres. Pendant les vacances, nous la perdons de vue, mais elle revient nous consulter le 13 décembre. Depuis le mois de juin, tous les mois, elle a pris la précaution de prendre des comprimés d'Androstine et ses règles sont absolument régulières. Elle ne ressent plus aucun trouble; la dépression a fait place à une activité au travail remarquable. Le poids est tombé à 76 kg. 300.

A noter également la cessation d'un léger état mélancolique.

OBSERVATION XXXII.

(Docteur H. LASSALLE.)

Mlle G..., 35 ans, souffre depuis de longs mois de troubles polymorphes, parmi lesquels on note une *aérophagie* importante et parfois capable de déclencher des crises de tachyarythmie cardiaque. Les médications classiques ont amené une sédation momentanée, bientôt suivie d'un regain d'activité des symptômes. A l'examen, le 21 janvier 1929, l'épigastre est nettement distendu par la poche gastrique, enflée comme une outre. Tympanisme grave. Tout l'abdomen est douloureux; il y eut dans la nuit une crise de pseudo-angor avec arythmie. Un examen plus approfondi montre un développement infantile des organes génitaux et des seins. Le visage est nettement masculin, le psychisme est spécial, androphobique; l'activité génitale a certainement été nulle pendant toute l'existence de la malade. Ces lignes seules retiennent l'attention, en absence de tous autres symptômes objectifs, après un examen clinique systématique.

Traitement par l'Androstine : 2 piqûres par jour. Une ampoule chaque fois.

Après quinze jours, l'état est très amélioré; après trois ou quatre semaines, on assiste à une véritable résurrection : l'aérophagie a cédé complètement et le volume de l'estomac, suivi par l'étude de tracés orthodioscopiques, a rétrocedé, au point de ne plus exercer sur l'apex cardiaque la pression qui l'obligeait à une légère déviation et rotation vers la droite. En même temps le psychisme est amélioré, et la tension artérielle elle-même a marqué une augmentation de 1,5 de la différentielle, après la cure de l'Androstine. En résumé, cure remarquable d'un état de dystrophie organique d'origine génitale par une cinquantaine de piqûres d'Androstine biquotidiennes. Par sécurité, la médication est maintenue cinq jours par mois.

OBSERVATION XXXIII.

(Docteur DUGAT.)

Jeune fille de 28 ans, ayant depuis de longues années des *tics faciaux* si prononcés qu'il lui était impossible de soutenir une conversation. Employée à un bureau d'enregistrement, obligée d'avoir le contact avec le public, elle était sur le point d'abandonner sa profession. Elle vint consulter, je fus assez heureux pour dépister une cause génésique. Je lui fis faire plusieurs traitements d'Androstine associés au phosphore (sels), et je suis ravi des résultats obtenus.

OBSERVATION XXXIV.

(Professeur HAMM.)

Demoiselle de 47 ans, qui, depuis sa puberté, souffre d'*hyperesthésie génitale*. Elevée très sévèrement, elle avait horreur de la masturbation, mais n'a pu cependant s'en débarrasser ni par les calmants, ni par l'hydrothérapie, ni par l'auto-suggestion faite méthodiquement. Comme elle souffrait moralement jusqu'à songer au suicide, elle me proposa un jour de lui amputer le clitoris, « le siège de son malheur ». Pour la faire sortir de son désespoir, je lui proposai une cautérisation du clitoris au thermocautère électrique en anesthésie profonde, opération qui remplace avantageusement l'amputation mutilatrice.

Cette intervention a fait merveille pendant quelques années : la malade était beaucoup plus calme, et ce n'est qu'après les époques que l'envie de frotter son clitoris se manifestait encore, mais rarement, pendant le sommeil.

Une tuberculose intestinale et des ménorragies épuisantes nous forcèrent, il y a un an, à provoquer la ménopause précoce par la radiothérapie : suppression des règles, relèvement de l'état général, mais, en même temps, retour de l'hypergénésie d'une façon obsédante. Tout en m'expliquant mal le réveil de cette hypergénésie, mais tenant compte des troubles généraux qui accompagnaient la suppression de sa fonction ovarienne, je prescrivis l'Androstine à la dose de 2, puis 3 comprimés par jour. Dès la seconde semaine, la malade éprouve un grand soulagement, qui s'accroîtra encore par la suite. Elle prend ainsi, en huit mois, un total de 120 comprimés et en a toujours éprouvé un grand bien-être. La malade se sent aujourd'hui tout à fait débarrassée de son besoin de masturbation; elle est calme et heureuse de vivre.

OBSERVATION XXXV.

(Docteur SAVIGNY.)

Demoiselle de 32 ans, qui, après *rupture de fiançailles* poussées assez loin, est venue nous consulter pour un état de surexcitation psycho-sensorielle, dont elle éprouvait les plus grands malaises et dont elle sentait tout le danger.

Cette personne est une intellectuelle, grande et forte fille, très intelligente, très calme en temps habituel. Ses parents nous demandèrent de la voir parce que, depuis la rupture de ses fiançailles, elle était dans un état physique et moral tel qu'ils redoutaient une impulsion au suicide, ou tout au moins la constitution d'une psychose durable.

D'emblée, la patiente nous expose son état : « Je ne dors plus, je ne peux plus travailler, obsédée par le souvenir de mon ex-fiancé. Je ne nourris contre lui nulle idée de vengeance, ce n'est pas chez moi l'amour-propre blessé qui me tарауде, c'est quelque chose de moins élevé et sur quoi le raisonnement a peu de prise. Je sens que j'ai un besoin physique de lui, qu'il me faudrait ses caresses pour m'apaiser... J'éprouve dans le bas-ventre une étrange et abominable sensation, une sorte de gêne, de pesanteur, de prurit interne qui me laisse sans repos. Si cela continue, je ne puis répondre de moi, et, malgré toute la honte que j'en aurais, je serais capable de me livrer sans défense au premier venu... »

Cependant, je notais que ma malade n'avait pas cet aspect hagard ou excité des psychopathes sur le point d'accomplir un acte insensé ou délictueux, mais au contraire un air calme, digne, profondément malheureux. Ce n'était pas une folle que j'avais devant moi, mais un pauvre être qui disait sa peine simplement et déplorait les exigences de sa nature. L'organisme de cette femme subissait une véritable agression hormonique qui menaçait de renverser toutes les digues élevées par des siècles de civilisation, et comme aux anciens âges la primate en folie clamant dans la clairière son appel au mâle traversant la forêt, elle était prête à s'offrir au premier passant pour calmer l'ardeur insoutenable de ses flancs. Ce déchaînement de sa nature l'eût fait qualifier aux époques médiévales de « folle de son corps » et l'eût fait livrer aux valets des chiens courants...

Guérison par l'Andrôstine.

OBSERVATION XXXVI.

(Personnelle).

Mlle Odette L., 24 ans, nous est amenée par un étudiant en médecine curieux de juger des effets de l'opothérapie testiculaire dans un cas qui lui paraît tout indiqué.

Employée dans une banque, Odette s'éprit d'un charmant garçon dont elle espérait sans doute devenir la femme, mais dont elle devint provisoirement la maîtresse.

Cette jeune fille, sérieuse jusqu'à l'âge de 23 ans, était de tempérament plutôt froid. Elle ressentit pour son fiancé une vive passion et connut le bonheur parfait pendant un an; mais un jour l'amant volage l'abandonna.

Odette ne se précipita pas chez l'armurier; elle ne nourrit d'idées de vengeance d'aucune sorte, se contentant de concentrer au fond de son être son immense désespoir. Tant de douleur ne tarda pas à provoquer chez elle un état pathologique qui s'aggrava rapidement. A une première phase de dépression succéda une phase d'excitation : crises de pleurs, colères subites, qui éloignèrent d'elle toutes ses amies. Puis son état s'aggravant, elle en vint à se désintéresser de tout, même de sa tenue, bien qu'elle fût auparavant fort coquette. Des tendances érotiques s'éveillèrent en elle, l'insomnie fit son apparition et la perte de l'appétit provoqua vite un amaigrissement considérable (8 kilos). Enfin apparurent des vertiges, des lipothymies et un état de stupeur avec idées de suicide.

Odette nous est amenée trois mois après sa *rupture*. Elle a refusé le concours de son médecin, ne voulant rien faire pour guérir; elle a seulement absorbé force cachets pour calmer un mal de tête presque permanent. On a d'ailleurs recours à des artifices pour pouvoir l'amener. Mise en confiance, elle nous raconte son histoire et se laisse examiner.

C'est une jeune fille pâle, très amaigrie. Pendant qu'elle parle nous remarquons qu'elle est agitée par moments d'un léger tremblement. Elle se plaint de palpitations; elle accuse une sensation de gêne au niveau du sternum, comme si on lui « serrait le cœur ». L'auscultation est négative, le pouls hypotendu (nous n'avons pu prendre la tension artérielle). Bien qu'au moins de juin, et malgré la température élevée, nous remarquons que ses extrémités sont froides.

Elle accuse des crises d'étouffement nocturne accompagnées d'angoisse; la pression du creux épigastrique réveille une forte douleur au niveau du plexus solaire; on sent battre l'aorte abdomi-

nale. Foie normal, légèrement ptosé; réflexes exagérés, constipation opiniâtre.

Au point de vue génital, Odette, qui avait présenté quelques pertes blanches, les a vues s'accroître depuis sa séparation; les règles, toujours peu abondantes, n'ont pas varié, mais sont devenues très douloureuses.

Un traitement androstinien s'imposait. Nous réussîmes à convaincre la malade de cette nécessité.

Au bout de trois semaines de traitement (à 6 comprimés par jour), l'appétit est revenu; la constipation, les vertiges ont disparu, la malade se sent plus forte, mais son état mental est peu amélioré.

Ce n'est qu'au bout d'un mois et demi de traitement que l'amélioration est manifeste. Les règles ont apparu sans douleur, l'oppression nocturne, l'angoisse, les palpitations, la gêne précordiale n'existent plus. La malade dort. Elle a repris 1 kg. 500.

Après trois mois de traitement, Odette est complètement guérie. Au point de vue mental, sa transformation est complète, elle jouit d'un calme parfait, elle a repris goût à la vie, elle ne comprend pas qu'elle ait pu « se mettre dans un état pareil ». Elle a engraisé de 4 kilos.

Certains sceptiques nous ont déclaré qu'Odette avait sans doute trouvé « un remplaçant », cause de sa guérison. C'est inexact. En effet, la malade a été constamment surveillée par une personne de confiance qui veillait à l'exécution du traitement. Odette n'a pas eu de nouvel amant; elle était d'ailleurs dans un état qui la rendait aussi incapable de le séduire que de le souhaiter.

OBSERVATION XXXVII.

(Docteur THOORIS.)

Femme de 44 ans, mariée il y a dix-huit mois, qui subit plusieurs chocs moraux : divorce après menace de mort. Métrite à 30 ans. Non traitée par nous. Mal réglée, assez régulièrement mais très peu (rétroversion). Constipation, langue saburrale, légère insuffisance hépatique. Oppression nocturne depuis six ans (asthme fruste), quelques vertiges, dépression et inactivité, pleure pour un rien, ne peut maîtriser ses réactions. Cependant, pas d'insomnies, mais cauchemars fréquents. Rien au cœur ni aux poumons. Palper abdominal négatif. Avancement de la mâchoire supérieure, signe du sourcil, froid aux pieds, quelques taches pigmentaires. Pupille un peu paresseuse, réflexes rotuliens exagérés, achilléens normaux,

douleur solaire à la pression, boule œsophagienne. En somme, malade présentant un *syndrome neurasthéniforme par désaxation de ses deux pôles de génitalité* : psychique et somatique (aimait son mari), avec quelques signes d'insuffisance thyroïdienne et surrénale avec passé hypophysaire. Son caractère sombre, l'insomnie, la céphalée, dont elle souffre, son asthénie neuro-musculaire et son instabilité d'humeur, auxquels s'ajoutent des vertiges et des lipothymies, lui rendent tout travail professionnel impossible.

Le traitement institué comporte d'abord : massages par la méthode de Stapfer, mouvements automatiques et endocrinothérapie hypophysaire. Sous son influence, amélioration sensible, gain de poids de 2 kilos, relèvement de la tension artérielle (13,5 — 8). Cette amélioration se maintient pendant deux ans, mais ne progresse plus; il semble qu'un seuil soit atteint et ne puisse être dépassé; l'état reste stationnaire, ne permettant pas la reprise de l'activité professionnelle complète. Un fait nouveau se produit : cette personne, un jour, en sortant de mon cabinet, tombe dans la rue, sans connaissance, devant un camion qui faillit l'écraser. Ces manifestations vertigineuses, les troubles du caractère, la sensibilité épigastrique, paraissent l'expression d'un déséquilibre vagotonique à point de départ génital. J'institue un traitement par l'Androstine en injections, trois fois par semaine. L'amélioration à partir de ce moment marque de sensibles progrès, comme si cette opothérapie donnait à l'organisme un coup de fouet lui permettant de franchir le seuil que le traitement antérieur n'avait pu lui faire dépasser.

Au bout de trois mois, la guérison s'affirme complète. La malade a repris goût à la vie et la récupération de son tonus psychique et neuro-musculaire lui permet maintenant d'assurer comme avant ses occupations assez lourdes de commerçante.

OBSERVATION XXXVIII.

(Docteur COQUELIN, recueillie dans le service du Professeur CLAUDE, à l'Asile Sainte-Anne.)

J... (V.), 20 ans, entre le 30 janvier 1925 à la Clinique pour des troubles caractérisés par l'incapacité de se livrer à tout travail utile et régulier, négligence et désordre de la tenue, désintérêt, diminution et perversion des sentiments affectifs, sténotypies verbales et motrices, maniérisme, tics, hallucinations de l'ouïe, avec craintes mal systématisées de persécution. Préoccupation d'ordre sexuel à caractère obsédant. Discordance. Réactions anxieuses et impulsives, etc.

A son entrée, la malade présente un état de stupeur catatonique avec mutisme, refus d'aliments, stéréotypies motrices et persévération des attitudes. L'impulsivité se traduit par de fréquentes tendances agressives, à l'égard des infirmières en particulier. L'indifférence paraît absolue, l'expression mimique est très réduite. L'état de stupeur alterne avec des phases d'agitation catatonique, avec turbulence incohérente, verbigération et psittacisme.

Jusqu'à la moitié d'avril, cet état persiste sans grande modification. A cette époque, J... est soumise à l'opothérapie testiculaire (1 ampoule de 0,20 quotidiennement) pendant une vingtaine de jours. On note alors une atténuation ou plutôt une transformation de son état; les symptômes catatoniques rétrocedent, cependant que persistent les manifestations schizophréniques atténuées. Le 20 mai, la médication est supprimée et l'amélioration persiste pendant près d'un mois. L'excitation intellectuelle s'exagère progressivement et se traduit par une logorrhée intarissable, avec fuite des idées, flots et barrages de mots, etc. La malade relâche sa tenue, devient hostile à sa famille, au personnel, en même temps que l'exacerbation des préoccupations érotiques est notée.

Le 28 août, elle est remise à la médication orchitique (6 comprimés pendant une quinzaine), l'érotisme s'atténue en même temps que la verbigération. Cependant que les autres troubles dans l'association des idées, les conceptions délirantes, imaginatives, persistent.

Cette période d'accalmie relative est bientôt suivie d'une période d'agitation croissante avec agressivité, sputation, gâtisme, érotisme, etc. La médication orchitique prévue (1 gramme d'Orchitine) n'atténue que légèrement l'état d'agitation catatonique.

Le 27 novembre 1925, reprise d'un traitement opothérapique (cryptorchine, 1 ampoule, portée successivement à 2, puis 3 quotidiennement.) Depuis cette époque, la malade est moins excitée au point de vue intellectuel, les préoccupations érotiques moins vives, elle se lève et prend davantage souci des convenances, l'hostilité et les violences ont à peu près disparu...

(OBSERVATION XXXIX.

(Docteurs LOGRE et BEAUREGARD, *Progrès médical*, n° 49,
28 nov. 1931.)

... Vers la fin avril 1930, nous envoyâmes à Deauville, pour la saison d'été, une de nos clientes atteinte de *mélancolie aiguë*, avec idées de suicide, et même une tentative de réalisation de celui-ci

quelques semaines plus tôt. Il s'agissait d'une jeune femme de 32 ans, ayant subi trois ans auparavant une *hystérectomie totale*, dont les répercussions avaient été considérablement augmentées par une *mésentente conjugale* qui avait achevé de la plonger dans cet état. Elle arrivait accompagnée de sa mère et d'une infirmière qui se relayaient pour ne la quitter ni jour ni nuit. Son aspect était celui d'une convalescente d'encéphalite : figée, le teint terreux, le regard mort, ne parlant jamais, d'une maigreur extrême; elle présentait, en outre, une langue saburrale, témoignant du mauvais état de ses voies digestives.

Le traitement institué, outre l'isolement en pleine campagne, l'hydrothérapie chaude et la psychothérapie, consistait en calmants et soporifiques (belladonal, neurinase, sédobrol). Or, peu de jours après son arrivée, l'un de nous fut mandé d'urgence : la malade faisait une crise nerveuse intense, facile d'ailleurs à identifier, car il s'agissait de *troubles hystérogènes très purs*. Cette crise calmée, le traitement en cours fut modifié, en y adjoignant de l'Androstine à la dose de 6 comprimés par jour.

Lorsque la malade fut revue quelques jours après, en même temps que l'on s'assurait que le traitement était correctement suivi, on constatait dans son état des signes manifestes d'amélioration. Au bout d'un mois le tableau avait considérablement changé, l'aspect figé disparaissait peu à peu, la malade abandonnait son mutisme, répondait volontiers, commençait même à lire un peu; la surveillance pouvait se relâcher légèrement.

Dès le mois de juillet le concours de l'infirmière devenait inutile, l'appétit était bon, le sommeil retrouvé, la malade reprenait un teint rose et engraissait. Lors d'une consultation à cette époque avec un autre spécialiste (D^r Bizard), nous fûmes tous trois heureusement surpris du changement et insistâmes pour que le traitement par l'Androstine fût continué.

Dès le début d'août la malade pouvait sortir, se promener, prendre des bains de mer. Elle se mêlait volontiers à la conversation et, au besoin, l'entretenait. L'amélioration fit alors des progrès plus rapides encore, malgré la suppression des calmants, de telle sorte que lorsque notre malade repartit fin septembre pour Paris, ce n'était plus du tout la même personne que celle arrivée en avril : elle avait repris tout son embonpoint, un teint clair, un visage souriant, sortait chaque jour, prenait des bains de mer, participait à des parties de golf, etc. Il fallait un réel effort de pensée pour se souvenir de ce qu'elle avait été et l'on peut regretter que nous ne soyons pas autorisés à publier ses photographies, prises fin avril

et fin septembre, qui sont typiques, et grandement démonstratives : on a peine à croire qu'il n'y ait pas là deux femmes différentes.

Nous avons revu l'été dernier Mme X... Le mieux s'est maintenu, elle a repris tout à fait sa vie normale, fait de l'auto, joue au golf, nage, cause agréablement. Mais elle a continué et continue encore l'Androstine, à la dose de quatre comprimés par jour.

Gardons-nous de conclure du particulier au général, et d'affirmer que, dans tous les cas de dépression nerveuse grave chez les hystérectomisées avec choc affectif, des guérisons aussi radicales seront obtenues par l'Androstine, mais s'il est vrai que le « qui peut le plus peut le moins » se vérifie souvent aussi en médecine, nous croyons qu'*ce traitement opothérapique doit être placé au premier rang des médications à instituer pour cette catégorie de malades, comme chez toutes les névrosées du sympathique pelvien.*

OBSERVATION XL.

(Docteur PERDREAU.)

Femme de 47 ans, mariée, sans enfants, présentant depuis quelques temps des *troubles nerveux à forme psychopathique avec démonomanie*. Chaque nuit, le diable venait la visiter, lui raconter des choses affreuses et finalement s'enfermait dans son ventre, en la faisant horriblement souffrir, d'où agitation, cris auxquels succédaient de la prostration et de l'asthénie. Ayant usé de tous les calmants connus, le médecin traitant avait proposé un internement qui fut accepté par le mari. Appelé en consultation, je proposais de temporiser et instituais le traitement par l'Androstine en suivant exactement les prescriptions de la brochure. Dix jours de comprimés (6), dix jours de repos. Au bout d'un mois, tout était rentré dans l'ordre, la malade n'avait plus ses visites nocturnes diaboliques, le courage était revenu; la malade est restée chez elle, et plus jamais il ne fut question d'internement.

OBSERVATION XLI.

(Docteur MALHERBE.)

Mme X..., 42 ans, *sœur sécularisée*, depuis quelques mois elle éprouve des troubles variés qui paraissent être d'ordre ménopausique. Les règles sont irrégulières. De plus, elle est triste, morose, impressionnable et irascible. Cet état est devenu tel qu'elle ne peut plus supporter ses élèves et que, depuis un mois, elle a dû cesser de faire la classe. Elle signale de fortes bouffées de chaleur, de l'insomnie, des digestions lentes et des troubles dyspeptiques.

Mais, fait plus singulier, une *pelade sévère* en voie d'extension rapide, à plaques multiples, s'est installée depuis le début des troubles nerveux et contribue à accentuer l'état de mélancolie. Au vertex existe une vaste plaque comme une paume de main; sur la tempe gauche et sur la bosse occipitale du même côté, deux plaques grandes comme une pièce de cinq francs. Enfin la nuque est complètement dégarnie par une vaste alopecie qui gagne de chaque côté vers les oreilles (pelade ophiasique). Sur les bords de toutes les plaques, nombreux cheveux cassés. Nulle part on ne voit trace de repousse : la peau est absolument glabre, lisse, d'un aspect ivoirin; le derme est légèrement atrophié.

Par ailleurs, le cuir chevelu est séborrhéique, quelque peu pelli-culeux.

Nous prescrivons d'abord un traitement local. Puis les sédatifs, les bromures, les toniques divers, sont alternativement utilisés, de même que l'opothérapie sous forme de préparations ovariennes variées. Les résultats restent médiocres pour ne pas dire nuls. Nous prescrivons alors, dans le but surtout de combattre les troubles ménopausiques qui vont toujours en s'accroissant : androstine, 4 comprimés par jour pendant deux mois.

Les résultats de cette nouvelle médication dépassent notre attente. Nous assistons d'abord à une rétrocession manifeste des accidents nerveux, puis nous constatons un arrêt net de l'extension peladique. Bientôt se montre une repousse sérieuse et, au bout de quatre mois, la pelade est en voie de guérison.

L'état général s'est notablement amélioré, le sommeil est revenu, le caractère est redevenu normal et la patiente a pu reprendre ses fonctions d'institutrice.

OBSERVATION XLII

(Personnelle).

Ceci est la courte histoire de Mlle R..., forte campagnarde de 23 ans, que nous avons à notre service. Comme elle présentait des symptômes d'*eczéma* avec *chute des cheveux*, nous l'avons envoyée consulter un confrère spécialiste qui diagnostiqua un « *eczéma séborrhéique* du visage, du cuir chevelu et des régions médio-thoraciques ». Le régime, la Vulcase, et les pommades plusieurs fois renouvelées n'eurent aucun effet sur cette dermatose. Nous eûmes alors l'idée d'essayer un traitement androstinien sur notre domestique et nous eûmes l'agréable surprise d'en constater l'effet surprenant. En un mois tout avait disparu.

OBSERVATION XLIII

(Personnelle).

Mlle C..., 22 ans, est une coquette jeune fille qui donnerait tout l'or du monde pour être débarrassée à jamais de l'*acné* qui enlaidit son visage. Elle a déjà dans ce but consulté plusieurs spécialistes sans résultat et, attribuant ses boutons à un mauvais état de son appareil digestif, elle va tous les ans faire une cure à Vichy. Elle en revient fatiguée, mais non embellie.

Au physique, c'est une jeune fille très brune, aux cheveux rebelles et aux *seins infantiles*. Elle a toujours joui d'une excellente santé.

Au point de vue moral, elle est d'un tempérament « fantasque, ardent et nerveux ».

Dans le but de faire disparaître à la fois son *acné* juvénile et son infantilisme mammaire, nous lui avons prescrit un traitement par l'Androstine. Les résultats furent concluants. Au bout de cinq semaines, on ne distinguait plus de traces de son ancien tourment.

Mais Mlle C... ne fut pas complètement satisfaite et elle nous reprocha d'avoir par trop modéré les « ardeurs » de son tempérament. Elle était devenue « froide » malgré elle et à contre-cœur. Nous fûmes quelque peu surpris, non du résultat physique, mais des reproches qu'elle nous adressait.

Depuis ce jour, Mlle C... a essayé de concilier son état mental et physique et dose savamment la durée de ses cures. En effet, l'*acné* réapparaît après un arrêt trop prolongé du traitement.

N'oublions pas de mentionner que ses seins ont pris quelque développement.

Mlle C... vient de nous faire part de son mariage prochain. Nous lui avons conseillé d'en avancer la date pour qu'elle n'ait pas à recourir plus longtemps aux pilules d'opothérapie hétérologue.

OBSERVATION XLIV (Résumée)

(Personnelle).

Mlle B..., 26 ans. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Santé excellente. Les examens répétés n'ont permis de déceler aucune tare organique. B. W. négatif. Pas d'insuffisance glandulaire.

Présente au printemps et à l'automne des poussées de *psoriasis* siégeant parfois sur le corps, mais toujours sur les mains et la figure.

Echec de tous les traitements. Guérison par l'Androstine.

OBSERVATION XLV.

(Docteur MALHERBE.)

Mlle X..., 20 ans, *novice*. Nous est amenée pour de *grosses éruptions urticariennes*. Cette jeune fille, grande, solidement bâtie, présente toutes les apparences de la santé. Cependant ses *règles sont irrégulières et insuffisantes*. Pas d'antécédents personnels. Antécédents héréditaires excellents.

Il y a trois mois environ que les premières poussées d'urticaire sont apparues, d'abord modérées, assez fugaces; elles se sont rapidement accentuées. Actuellement, elles ont un caractère d'extrême acuité : les éruptions se manifestent deux ou trois fois par jour, surtout après les repas, au moment de la digestion. La nuit, à la chaleur du lit, elles s'accompagnent de vives sensations de cuisson très pénibles et d'un prurit intense qui trouble le sommeil. L'éruption se présente soit sous forme d'efflorescences diffuses, papuleuses, à éléments plus ou moins grands, quasi généralisés; soit sous forme de vastes placards oedémateux, violacés, occupant toute une région : la tête le dos, un segment de membre, sorte d'urticaire géante. La peau, très sensible, accuse un dermographisme accentué.

Rien à signaler du côté de l'appareil digestif, mais la patiente, pour atténuer ces poussées éruptives, a réduit elle-même considérablement son alimentation : celle-ci se compose d'un peu de viande, de quelques légumes, fruits cuits. Intolérance marquéé pour les œufs et le lait. Les urines abondantes sont normales.

De prime abord, après avoir formulé un traitement externe dans le but d'atténuer ou de calmer les réactions cutanées; nous cherchons à agir sur l'état général et sur le système nerveux par la quinine, le bromure, la valériane. Aucun succès n'est acquis au bout d'un mois de cure. Le foie paraissant un peu déficient, nous supprimons totalement le pain, puis nous tentons la désensibilisation par de petites doses de peptone prises avant le repas et associées aux extraits biliaires. Enfin, par série de quelques jours, nous prescrivons des préparations ovariennes dans le but d'amender l'oligoménorrhée. Peut-être y eut-il une légère amélioration, mais bien minime et précaire.

Nous faisons alors continuer les cachets de peptone, puis tous les quinze jours qui précèdent les règles, nous prescrivons 4 comprimés d'Androstine par jour. En même temps, nous débarrassons l'intestin d'une grosse stase stercorale par des laxatifs répétés, même des purgations.

Deux mois après l'institution de ce traitement, nous notons une

amélioration manifeste des fonctions ovariennes. Les règles sont plus abondantes et quasi normales. Une amélioration parallèle se manifeste sur l'urticaire : les poussées sont moins fortes, elles s'espacent, on peut varier l'alimentation sans dommage. Le sommeil revient et le système nerveux s'apaise.

La cure est continuée avec persévérance, et au bout de cinq ou six mois, une guérison définitive est acquise. Elle s'est maintenue intégralement depuis.

OBSERVATION XLVI

(Personnelle).

Mme T..., 24 ans, a toujours joui d'une parfaite santé jusqu'à son mariage.

Au mois de juillet 1930, pendant son voyage de nocces, elle vit apparaître de *petites éruptions urticariennes*. Les premières poussées se manifestèrent à la suite des repas et firent croire à une éruption toxique d'origine alimentaire. Elle consulta aussitôt un spécialiste qui la mit au régime et aux cachets de peptone. Ce traitement ne fut suivi d'aucun effet, et les éruptions apparurent plus fréquentes, se manifestant surtout après un effort, une transpiration, une contrariété, une colère.

Ces éruptions s'étendent surtout sur la figure, dans le dos et sont plus rares sur les bras et la poitrine. Quand elles existent sous forme d'efflorescences confluentes, ces poussées d'urticaire s'accompagnent de vives démangeaisons; sous forme de papules disséminées, elles sont au contraire peu prurigineuses.

Il est à remarquer que cet urticaire disparaît momentanément par l'application d'eau froide ou sous l'influence d'un refroidissement.

L'examen n'ayant révélé aucune tare organique, sauf un foie un peu gros avec constipation légère, Mme T... fut d'abord soumise aux laxatifs et aux cholagogues. Devant leur effet nul, on mit successivement en œuvre les diverses médications désensibilisantes, l'autohémothérapie, etc.

Devant ces échecs successifs nous avons essayé (novembre 1931) une médication iodée. Mais la malade nous ayant avoué qu'elle ne voulait à aucun prix avoir d'enfants et que, dans ce but, son mari usait de préservatifs, nous l'avons remplacée par l'opothérapie orchitique. *S'agissait-il d'une intolérance au caoutchouc* (?) . Quoi qu'il en soit, nous avons conseillé à Mme T... de faire abandonner ces pratiques à son mari et nous lui avons ordonné un traitement par l'Androstine.

A partir du huitième jour de traitement, n'ayant plus eu d'érup-

tions, elle s'empresse d'abandonner ses pilules, mais quinze jours plus tard de nouvelles poussées l'obligent à les reprendre.

Depuis, nous voyons souvent Mme T., elle peut fréquenter les salles de spectacles les plus chauffées, danser impunément... Elle présente seulement de temps en temps une éruption fugace à la suite de contrariétés.

Cette observation nous a paru intéressante, car elle laisserait supposer que les fraudes peuvent être dans certains cas à l'origine de manifestations cutanées qui ne paraissent idiopathiques que grâce à l'ignorance de leur véritable cause.

OBSERVATION XLVII.

(Docteur SAVIGNY.)

Jeune fille présentant des règles hémorragiques avec seulement quelques jours d'arrêt par mois. Tous les traitements échouent y compris certains extraits ovariens, et même le radium. Engelures tous les hivers, mains et pieds. Traitement par l'Androstine, 6 comprimés par jour, immédiatement après les règles pendant quinze jours. Cessation rapide des ménorragies; règles régulières; disparition des engelures. Six mois après, le traitement ayant été interrompu, nouvelles ménorragies. *Cette jeune fille se marie et, à partir de ce moment, sans traitement, les règles redeviennent normales; pas d'engelures l'hiver suivant.*

OBSERVATION XLVIII.

(Docteur SAVIGNY.)

Jeune fille de 15 ans, infantile et adipeuse, mains bleues, *engelures* tous les hivers, pieds et mains. Traitement par l'Androstine, 6 comprimés par jour, quinze jours par mois. *Le système pileux et les seins inexistantes se développent en quelques semaines*, l'esprit devient plus vif. Pas d'engelures l'hiver suivant, le traitement étant continué une semaine sur trois.

OBSERVATION XLIX.

(Docteur SAVIGNY.)

Jeune fille de 17 ans, *érythème des jambes*, engelures chaque hiver. Enfant, elle présentait une rougeur des jambes que justifiait

le séjour à la mer, ce qui fit que l'on n'y prêta pas autrement attention, mais les téguments rougissaient sans bleuir. Plus tard survint de l'œdème, la rougeur persistant avec; l'été, du prurit et de la cuisson; l'hiver, des engelures aux pieds, souvent ulcérées.

Son père, médecin, croyant à des troubles circulatoires, avait essayé, sans aucun résultat, l'hamamélis. Mis en éveil sur une cause ovarienne par des pertes sanguines normales, il institua, sur ma suggestion, le traitement androstinien, 6 comprimés par jour, pendant vingt jours, avec repos de dix jours.

Trois mois après, l'œdème avait considérablement diminué, et les jambes étaient à peu près normales, — « très présentables », — les malléoles se dégageant, sauf encore un peu d'empâtement vers le tendon d'Achille; plus de placards érythémateux; presque pas de cuisson l'été dernier. Les menstruations sont régulières, l'écoulement sanguin est normal et n'a plus cette viscosité d'autrefois qui tachait le linge d'une façon indélébile.

Notre confrère, père de cette jeune fille, nous écrit : « Cette période hivernale se passe parfaitement, sans aucune poussée, si petite soit-elle, d'engelures. »

OBSERVATION L.

(Professeur agrégé, JEANNENEY.)

D... (Marie), 27 ans, vient consulter la première fois le 7 avril 1929.

Réglée à 12 ans, elle l'a toujours été depuis *très irrégulièrement* (quinze jours de retard). Règles non douloureuses, durant deux à trois jours. Pertes jaunes. Une grossesse à 23 ans; depuis, toujours aussi mal réglée.

Pas d'autres antécédents personnels.

A l'examen :

Appareil digestif : rien à signaler.

Appareil urinaire : fortes traces d'indican.

Appareil circulatoire : dyspnée, palpitations, crampes et œdèmes des membres inférieurs.

Système nerveux : malade du type hypothyroïdien, lente, apathique.

On note au niveau des membres inférieurs : une peau épaisse rouge, du type *érythème induré de Bazin* et des engelures.

La malade pèse 86 kilos.

Comme antécédents héréditaires : père mort accident, mère bien portante.

Traitement. — Sérodausse (Fem.) et Androstine, 4 comprimés par

jour. On pratique une injection sclérosante dans une petite veine de la jambe gauche.

Revue le 2 mai : malade améliorée. On continue l'Androstine et l'on ordonne de l'extrait thyroïdien.

Revue le 5 septembre : la malade a maigri, est mieux réglée. On continue Androstine et thyroïde.

Revue le 13 décembre : ne pèse plus que 71 kilos; on note quelques troubles cardiaques; on supprime l'extrait thyroïdien. On continue l'Androstine dix jours par mois avant les règles.

Le 5 mai 1930, *la malade a maigri de 24 kilos en un an*, elle pèse 62 kilos.

Revue le 15 septembre : la malade est enceinte.

Revue le 4 mars 1931 : la malade a accouché normalement. Tous ses troubles ont disparu. On note une rétroflexion utérine.

CONCLUSIONS

I. — L'opothérapie hétéro-sexuelle paraît avoir été utilisée depuis la plus haute antiquité, mais son étude expérimentale est toute récente.

II. — S'il existe quelques cas où le mariage exerce une fâcheuse influence sur la santé de la femme, il en est d'autres, beaucoup plus nombreux, où son influence est heureuse. En outre, on a remarqué que le célibat s'accompagne souvent de troubles particuliers.

III. — La résorption spermatique peut expliquer les troubles carentiels causés par le célibat, les troubles par non-absorption dans le cas de fraudes, et l'épanouissement complet de la femme dans le mariage bien compris.

Son mécanisme est encore à l'étude.

IV. — Les travaux les plus récents ont montré que si les hormones sont spécifiques quant à leur action sexuelle, elles paraissent être aspécifiques quant à leur action sur l'équilibre endocrinien de l'organisme et au moins équivalent en ce qui concerne leur retentissement sur l'état général.

On peut donc utiliser sans danger chez la femme une opothérapie complémentaire qui suppléera efficacement au défaut d'imprégnation spermatique naturelle.

V. — L'opothérapie orchitique est principalement indiquée chez la femme dans : les troubles carentiels, l'asthénie, la sénilité précoce, les troubles menstruels, les troubles nerveux d'origine génitale, l'obésité.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. SABRAZES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 1^{er} juillet 1932.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARAGON. — Sur la valeur dynamogénique de l'extrait orchitique comparée au rôle dynamogénique du liquide spermatique. Soc. de thérap., 9 mai 1923.
- BLUM (E.). — La question sexuelle et sa discipline. *Le Courrier médical*, 23 mars 1930.
- BODNAR et KAMNIKER. — Zur Frage der sermainmunität. *Zeitschr. f. Geburtshülfs und Gynackologie*, 1925, fasc. 1.
- CALDERINI (G.) et SEGRÉ (G.). — La stérilisation temporaire de la femme par injection de liquide séminal. *Riv. Ital. di Gin.*, nov. et déc. 1924.
- CARILLON (R.). — De l'étiologie endocrino-sympathique et du traitement opothérapique du psoriasis. *Rev. franç. d'endocrin.*, t. VI, n° 1, 1926.
- CATTIER. — Modalité nouvelle du traitement des troubles ovariens par l'extrait orchitique. *Vie Médicale*, 11 nov. 1926.
- CENI (C.). — Experimental administration *per os* of testicular and ovarian extracts of lower animals. *Med. Welt.*, 13 oct. 1928.
- CHARRON. — L'engelure est-elle un trouble d'origine génitale. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 août 1925.
- CHRONIQUE DOCUMENTAIRE. — Les substances extraites des organes génitaux et leur action expérimentale sur les femelles. *Rev. de path. comp.*, 20 juin 1922.
- CLAUDÉ (H.). — On the endocrin treatment of primitive dementia. *Med. World*, 27 nov. 1925.
- COQUELIN. — Troubles mentaux de la femme et fonction sexuelle. Thèse Paris, 1926.
- COTTE (C.). — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Masson, édit.
- CUNY et QUIVY. — Données actuelles sur l'hormone testiculaire. Masson, édit., 1932.
- DALCHÉ (P.). — Traitement de l'aménorrhée. *Les sciences médicales*, 31 août 1925.

- DALCHÉ (P.). — Eczéma, prurit, carence sexuelle féminine. *Sciences médicales*, 31 janv. 1929.
- DROIN. — La carence sexuelle féminine et sa thérapeutique. *Rev. int. de méd. et chir.*, mars 1928.
- La carence sexuelle féminine. *Nouvelles thérapeutiques*, avril 1929.
- DUFOUGERÉ (W.). — La chlorose, ses rapports avec le mariage, son traitement par le liquide orchitique. Thèse Bordeaux, 1902.
- GLEYS. — Le problème de la sénescence et la doctrine des sécrétions internes. *Clinique et Laboratoire*, 20 juill. 1924.
- GOSSET (P.). — Le mariage des chlorotiques. Thèse Paris, 1896.
- HUMBERT. — Manifestations psychopathiques et troubles de la nutrition chez les jeunes filles. Leur traitement opothérapique. *Bull. méd.*, 21 oct. 1925.
- JEANNENEY (G.). — La menstruation et ses troubles en pratique. *Progrès médical*, nov. 1923.
- JOUE (A.). — La cure de rajeunissement. *Rev. int. de méd. et chir.*, juill. 1926.
- JOYET-LAVERGNE. — La théorie physico-chimique de la sexualité. Doin, édit., 1932.
- KRAMARZ (J.). — Contribution à l'étude du traitement des accidents de la ménopause et des troubles endocriniens chez la femme. Thèse Paris, 1931.
- LABBÉ (G.). — Le penser endocrinologique. *Concours médical*, 26 janv. 1930.
- LAFFONT (A.). — 2^e Rapp. sur les indications et techniques de la stérilisation de la femme. VI^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La conscience claire et le moi profond des psychonévrosés. *Journ. des prat.*, 19 mai 1928.
- Pathologie du sympathique.
- LACORNE (M.). — Contribution à l'étude du traitement de l'aménorrhée. Thèse Bordeaux, 1931.
- LÉGER (M.). — Contribution à l'étude de la chlorose et de son traitement. Thèse Bordeaux, 1901.
- LÉVI (Léopold). — Nervosisme et glandes endocrines.
- LÉVY-SOLAL, DALSACE (J.) et COHEN-SOLAL. — Recherches sur la pathogénie des vomissements gravidiques. Thérapeutique de désensibilisation. *Paris médical*, 28 mai 1927.
- LORENZINI (J.). — L'Hormone testiculaire (Institut Biochimique, Milan). *Presse médicale*, 26 mars 1932.
- LOTZE (H.). — Extract of testicles in temporary sterilization of female animals. *Arch. f. Frauenk.*, mai 1931.

- MALHERBE. — A propos des troubles nerveux et psychiques chez les femmes continentales. *Progrès médical*, 19 mars 1927.
- MARAÑON (Gregorio). — L'évolution de la sexualité et les états intersexuels.
- MATTEL. — Résorption de la liqueur séminale. *Journ. d'obst.*, Paris, 1880.
- MIGLIAVACCA (A.). — L'azione stimolante e sterilizzante sull'ovaio degli estratti testicolari in funzione della dose; il meccanismo della sterilizzazione. *Boll. d. soc. med. chir. di Pavia*, 1930.
- MEYER. — *Münch. med. Wochenschr.*, 26 févr. 1926.
- PETIT-DUTAILLIS. — Le facteur endocrine en physiologie gynécologique. *La Gynécologie*, nov. et déc. 1925.
- Dysfonctionnements et dystrophies généralisés en gynécologie, *Sciences médicales*, 15 juin 1929.
- PIERRA (L.-M.) et JOUVE (A.). — L'opothérapie spermatogénétique chez la femme. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 10 nov. 1924.
- POUCHET, LAROCHE (G.), PAILLÉE, CAMUS. — Action de l'extrait testiculaire sur les échanges respiratoires. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 3 juill. 1928.
- PREVEL (L.). — L'opothérapie antagoniste dans les syndromes d'hyperovarie et d'hyperorchidie. *La Vie médicale*, 10 nov. 1932.
- ROBIN (G.). — Du traitement de quelques psychoses et psychonévroses par l'opothérapie spermatogénétique. *La Clinique*, avril 1928.
- SABOURAUD. — De la calvitie précoce. *Presse médicale*, 31 mai 1922.
- SABRAZÈS. — La Chlorose, ses rapports avec le mariage. Son traitement par le liquide orchitique. Observations in Thèse Dufougeré, Bordeaux, 1902.
- SAVIGNY. — Acrocyanose, engelures et déficit endocrinien. *Concours médical*, 27 janv. 1929.
- Les explosions sexuelles explosives par dépit amoureux. *Progrès médical*, 10 août 1929.
- Les obèses, leur classement étiologique et leur traitement. *Presse internat. de méd. et de chir.*, janv. 1930.
- SEDILLOT. — Le danger des fraudes anticonceptionnelles. *La méd. intern.*, mars-avril-mai 1930.
- SIDEREY. — Aménorrhée et mariage. *Journ. de méd. et chir. prat.*, avril 1920.
- THOMSON. — *Brit. Med. Journ.*, 7 janv. 1922.
- THOORIS. — Trois applications cliniquement différentes de l'opothérapie spermatogénétique. *Progrès médical*, 29 mars 1930.

- ULRICH-LÉVY (Aïce). — Le traitement opothérapique des symptômes obésité, stérilité, migraines, dans les insuffisances ovariennes. *Progrès médical*, 2 mars 1929.
- VAHS. — La spermine, agent d'auto-défense de l'économie. *Journ. de méd. et de chimie organothérap.*, Saint-Petersbourg, 1901.
- VIGNES (H.). — Applications de l'opothérapie testiculaire aux troubles gynécologiques. *Bull. gén. de thérap.*, mai 1926.
- Les progrès en thérapeutique endocrinienne. Baillièrre, édit.
- Physiologie gynécologique et médecine des femmes. Masson, édit.
- VINCENT DU LAURIER. — Le traitement endocrinien des réactions psychiques d'origine ovarienne. *La Vie médicale*, 20 avril 1927.
- VINCHON (J.). — Les indications de l'extrait spermatogénétique dans les troubles vagotoniques de la femme. *Paris médical*, 25 août 1928.
- VOGT. — *Klin. Wochenschr.*, 1922.
- WALLSTEIN et EKLER. — Der Nachweis resorbierten spermas im weiblichen organismus. *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1913.
- WISLANKIN (K.) et HOFEMANN (J.). — De l'effet des extraits des testicules sur la matrice isolée. *Polska gaz.*, 22 juin 1930, et *Gyn. et Obst.*, sept. 1930.
- ZENOPE. — Thérapeutique orchitique chez la femme. *Rev. franç. de gyn. et obst.*, 23 févr. 1923.
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION.....	3
CHAPITRE PREMIER. — <i>Historique</i> ..	7
CHAPITRE II. — <i>Le mariage en thérapeutique</i>	11
I. — Carence sexuelle.....	11
II. — De quelques maladies améliorées par le mariage.....	15
A. — Chlorose et mariage	16
B. — De quelques autres maladies améliorées par le mariage.....	19
CHAPITRE III. — <i>La résorption spermatique</i>	21
I. — Ce que pensaient les anciens	21
II. — L'imprégnation est indiscutable.....	26
A. — Quels arguments apporter en faveur de l'imprégnation maternelle?	27
B. — Comment expliquer ces faits?	29
C. — Existe-t-il des preuves à l'imprégnation spermatique? ..	30
III. — L'imprégnation est nécessaire	30
A. — Le danger des fraudes anticonceptionnelles par absence d'imprégnation spermatique.	31
Syndrome neuro-ovaro-thyroïdien.....	34
Quelle thérapeutique appliquer à ces troubles?.....	35
B. — Le danger des fraudes anticonceptionnelles par auto-résorption des sécrétions utéro-vaginales	37
Thérapeutique des fraudes.....	38
IV. — Morale.....	41
CHAPITRE IV. — <i>Essai d'interprétation</i>	43
I. — Exposé de la question	43
II. — Conceptions actuelles sur les hormones testiculaires	45
III. — Faits d'antagonisme sexuel.....	46
A. — Hermaphrodisme expérimental	46
B. — Masculinisation par les hormones spermatiques.....	47
C. — Stérilisation par les hormones spermatiques.....	47

	Pages
IV. — Faits d'analogie.....	52
A. — Hermaphrodisme spontané.....	52
B. — Possibilité de réussir des greffes croisées.....	53
C. — Effets de synergie.....	54
V. — Conclusions.....	56
Composition et valeur dynamogénique des extraits orchiti- ques.....	63
A quelle partie de la glande est due l'action des extraits orchitiques?.....	65
CHAPITRE V. — <i>Indications et contre-indications de l'opothérapie orchiti- tique chez la femme</i>	68
I. — Indications.....	68
A. — Asthénie et sénilité précoce.....	68
B. — Troubles des jeunes filles.....	69
C. — Carence sexuelle.....	70
D. — Troubles de la menstruation.....	71
E. — Troubles neuro-psychiques d'origine génitale.....	74
F. — Obésité.....	83
G. — Syndromes cutanés.....	84
II. — Contre-indications. Accidents.....	89
III. — Posologie.....	92
CHAPITRE VI. — <i>Les diverses préparations des extraits testiculaires</i>	94
CHAPITRE VII. — <i>Observations</i>	97
BIBLIOGRAPHIE.....	141

